



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**TRABAJO DE GRADO, PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADA/O EN CIENCIAS DE LA SALUD, ESPECIALIDAD
ENFERMERÍA.**

TEMA:

**DEMANDA DE LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL LUIS
GABRIEL DÁVILA DE LA CIUDAD DE TULCÁN POR PARTE
DE USUARIOS DE NACIONALIDAD COLOMBIANA, PERIODO
ENERO A JULIO 2012.**

Tutora: Mg. Aida Guzmán B.

Integrantes:

Almeida Mayra

Villota Gustavo

Ibarra –Ecuador 2012

TEMA:

DEMANDA DE LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA DE LA CIUDAD DE TULCÁN POR PARTE DE USUARIOS DE NACIONALIDAD COLOMBIANA EN EL PERIODO ENERO A JULIO 2012.

DEDICATORIA

El presente trabajo lo dedicamos primeramente a Dios por habernos dado la sabiduría, paciencia y el valor para continuar con nuestra carrera. Así también dedicamos este trabajo a nuestros padres que han sido el ejemplo y apoyo incondicional en cada uno de nuestros días, ayudándonos así a culminar nuestra carrera profesional.

Mayra y Gustavo

AGRADECIMIENTO

Agradecemos principalmente a las personas que nos supieron guiar en la realización de en nuestro proyecto de investigación.

También agradecemos al Hospital Luis Gabriel Dávila ya que nos abrió las puertas y nos permitió la realización de dicha investigación.

De igual manera agradecemos a la Universidad Técnica Del Norte porque fue el camino principal, para nosotras poder culminar con nuestra carrera profesional y así haber podido realizarnos como personas y futuras profesionales y lograr servir a la sociedad.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

TEMA:	I
DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	IV
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS DE RESULTADOS	VIII
RESUMEN.....	XII
SUMMARY	XV
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I	3
EL PROBLEMA	3
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:	3
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	3
1.2. OBJETO DE ESTUDIO O SUJETO DE LA INVESTIGACIÓN:.....	5
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:.....	5
1.4. JUSTIFICACIÓN:	6
1.5. VIABILIDAD:	8
Social:.....	8
Técnica:	8
Económica:.....	8
2.1. OBJETIVO GENERAL:.....	9
2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:.....	9
2.3. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	10
CAPITULO II	11
MARCO TEORICO	11
2.1. MARCO LEGAL	11
2.1.1. Constitución de la República del Ecuador.	11

2.1.2.	Ley de Extranjería	14
2.1.3.	Reglamento para la aplicación en el Ecuador de las normas contenidas en la Convención de Ginebra de 1951 sobre el estatuto de los refugiados y en su protocolo de 1967	14
2.1.4.	Ley Orgánica de Salud	16
2.2.	TEORÍA.....	19
2.4.1.	Descripción del Área de Estudio.....	19
2.4.1.1.	Consulta Externa:.....	19
2.4.1.2.	Medicina Interna.-	20
2.4.1.3.	Gineco-obstetricia	20
2.4.1.4.	Neonatología.....	20
2.4.1.5.	Pediatría.....	20
2.4.1.6.	Emergencia	21
2.4.2.	Estructura Administrativa del Hospital Luis Gabriel Dávila .	21
2.4.3.	Antecedentes.....	21
2.5.	Antecedentes de pacientes colombianos atendidos en el hospital.	24
2.6.	Demanda de servicios de salud	24
2.7.	Salud.....	31
2.8.	Sistemas de Salud	31
2.8.1.1.	Sistema de Salud Colombiano	33
2.8.1.2.	Situación actual de Salud en Colombia.....	40
2.8.1.3.	Sistema de Salud Ecuatoriano	45
2.9.	Migración de personas Colombianas a Ecuador.	51
2.9.1.	Refugio o Asilo Humanitario	53
2.10.	Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud.....	56

CAPITULO III	59
3. METODOLOGÍA	59
3.4. Tipo de estudio.....	59
3.5. Diseño de la investigación.....	59
3.6. Lugar de Estudio	59
3.7. Población o Universo	59
3.8. Técnicas de Recolección de Datos	60
3.8.1. Revisión de Historia Clínica.....	60
3.8.2. Encuestas.....	60
3.9. Análisis e Interpretación de datos	60
3.10. Validez, Confiabilidad y Viabilidad	60
3.11. Variables.....	61
3.12. Matriz de Relación de Variables	62
CAPITULO IV	66
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
Presentacion y Analisis de los resultados obtenidos de la investigación realizada en los servicios del Hospital Luis Gabriel Dávila.....	66
CAPITULO V	96
5. MARCO ADMINISTRATIVO	96
5.1. RECURSOS.....	96
5.1.1. TALENTO HUMANO	96
5.1.2. RECURSOS	96
5.2. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2011- 2012	97
5.3. RECURSOS PRESUPUESTARIOS	98
CAPITULO VI	99
6.1. CONCLUSIONES.....	99

6.2. RECOMENDACIONES.....	101
6.3. GLOSARIO DE TERMINOS	103
6.4. INDICE DE ABREVIATURAS.....	105
BIBLIOGRAFÍA Y LINGÜÍSTICA	106
ANEXOS	111
ANEXO Nº 1 OFICIOS	111
ANEXO Nº 2 FOTOGRAFÍAS	114
ANEXO Nº 3 ENCUESTA.....	118
ANEXO Nº 4 ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA DEL HOSPITAL LUIS G. DÁVILA.....	121
PLAN DE INTERVENCIÓN	122

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS DE RESULTADOS

TABLA Y GRÁFICO N° 1: Demanda de Usuarios Colombianos en el Hospital Luis Gabriel Dávila Periodo de Enero a Julio 2012.....	66
TABLA Y GRÁFICO N° 2: Demanda de Usuarios Colombianos por Servicios en el Hospital Luis Gabriel Dávila Periodo de Enero a Julio 2012.....	67
TABLA Y GRÁFICO N° 3: Distribucion de Usuarios Colombianos Atendidos en el Hospital Luis Gabriel Dávila en el Servicio de Emergencia Según Género Periodo de Enero-Julio 2012.	68
TABLA Y GRÁFICO N° 4: Distribucion de Usuarios Colombianos Atendidos en el Hospital Luis Gabriel Dávila en el Servicio de Emergencia Según Grupo Etario Periodo de Enero-Julio 2012.....	69
TABLA Y GRÁFICO N° 5: Distribucion de Usuarios Colombianos Atendidos en el Hospital Luis Gabriel Dávila en el Servicio de Emergencia según Patología Periodo de Enero-Julio 2012.	70
TABLA Y GRÁFICO N° 6: Distribucion de Usuarios Colombianos Atendidos en el Hospital Luis Gabriel Dávila Según los Servicio de Consulta Externa Periodo de Enero-Julio 2012.	72
TABLA Y GRÁFICO N° 7: Distribucion De Usuarios Colombianos Atendidos En El Hospital Luis Gabriel Dávila De Consulta Externa Según Género Periodo De Enero-Julio 2012.....	73
TABLA Y GRÁFICO N° 8: Distribucion De Usuarios Colombianos Atendidos En El Hospital Luis Gabriel Dávila Sevicio De Consulta Externa Según Grupo Etario Periodo De Enero-Julio 2012.	74

TABLA Y GRÁFICO N° 9: Distribucion De Usuarios Colombianos Atendidos En El Hospital Luis Gabriel Dávila Sevicio De Consulta Externa Según Patologías Periodo De Enero-Julio 2012.....	75
TABLA Y GRÁFICO N° 10: Distribucion De Usuarios Colombianos Atendidos En El Hospital Luis Gabriel Dávila En Hospitalización Según Servicio Periodo De Enero-Julio 2012.....	77
TABLA Y GRÁFICO N° 11: Distribucion De Usuarios Colombianos Atendidos En El Hospital Luis Gabriel Dávila En Hospitalización Según Género Periodo De Enero-Julio 2012.....	78
TABLA Y GRÁFICO N° 12: Distribucion De Usuarios Colombianos Atendidos En El Hospital Luis Gabriel Dávila En Hospitalización Según Patología Periodo De Enero-Julio 2012.....	79
TABLA Y GRÁFICO N° 13: Distribucion De Usuarios Colombianos Atendidos En El Hospital Luis Gabriel Dávila En Hospitalización Según Grupo Etario Periodo De Enero-Julio 2012.....	80
TABLA Y GRÁFICO N° 14: Distribucion De Usuarios Colombianos Atendidos En El Hospital Luis Gabriel Dávila Según Género.....	81
TABLA Y GRÁFICO N° 15: Distribucion De Usuarios Colombianos Atendidos En El Hospital Luis Gabriel Dávila Según Grupo Etario.	82
TABLA Y GRÁFICO N° 16: Distribucion De Usuarios Colombianos Atendidos En El Hospital Luis Gabriel Dávila Según Instrucción.	83
TABLA Y GRÁFICO N° 17: Distribución De Usuarios Colombianos Atendidos En El Hospital Luis Gabriel Dávila Según Ocupación.....	84
TABLA Y GRÁFICO N° 18: Distribución De Usuarios Colombianos Atendidos En El Hospital Luis Gabriel Dávila Según Estado Civil.....	85

TABLA Y GRÁFICO N° 19: Distribución De Usuarios Colombianos Atendidos En El Hospital Luis Gabriel Dávila Según Lugar De Procedencia	86
TABLA Y GRÁFICO N° 20: Distribución de Usuarios Colombianos atendidos en el Hospital Luis Gabriel Dávila según percepción de atención recibida....	87
TABLA Y GRÁFICO N° 21: Distribución De Usuarios Colombianos Atendidos En El Hospital Luis Gabriel Dávila Según Percepción De Razón Por La Que Acude A Solicitar Servicios De Salud	88
TABLA Y GRÁFICO N° 22: Distribución De Usuarios Colombianos Atendidos En El Hospital Luis Gabriel Dávila Según Causa De Atención	89
TABLA Y GRÁFICO N° 23: Distribución De Usuarios Colombianos Atendidos En El Hospital Luis Gabriel Dávila Según Percepción De Privacidad En Atención	90
TABLA Y GRÁFICO N° 24: Distribución De Usuarios Colombianos Atendidos En El Hospital Luis Gabriel Dávila Según Percepcion De Problemas De Acceso A Servicios De Salud	91
TABLA Y GRÁFICO N° 25: Distribución De Usuarios Colombianos Atendidos En El Hospital Luis Gabriel Dávila Según Número De Veces En Atenciones Recibidas.....	92
TABLA Y GRÁFICO N° 26: Distribución De Usuarios Colombianos Atendidos En El Hospital Luis Gabriel Dávila Según Percepción De Equidad En Atención Recibida.....	93
TABLA Y GRÁFICO N° 27: Distribución De Usuarios Colombianos Atendidos En El Hospital Luis Gabriel Dávila Según Percepcion En Diferencia De Atención De Salud Entre Ecuador Y Colombia.....	94

TABLA Y GRÁFICO N° 28: Distribución De Usuarios Colombianos Atendidos
En El Hospital Luis Gabriel Dávila Según Recomendarían El Servicio De
Salud Del Hospital Luis Gabriel Davila..... 95

RESUMEN

El presente estudio tuvo como finalidad conocer la demanda de los servicios del Hospital Luis Gabriel Dávila de Tulcán por parte de usuarios de nacionalidad colombiana, la cual durante el periodo de estudio nos permitió establecer cuáles son las morbilidades, el número de pacientes atendidos, el género, grupos etarios y lugar de procedencia.

Se utilizaron técnicas e instrumentos de recolección de información que fueron validados previamente. Se obtuvo información del departamento de Estadística, a través de los respectivos formularios de la historia clínica. También se aplicó una encuesta a 74 usuarios de nacionalidad colombiana que recibieron asistencia médica en los diferentes servicios del hospital, para determinar la percepción de la calidad de atención y del motivo de consulta.

El tipo de estudio realizado fue descriptivo de cohorte transversal con un diseño cuali-cuantitativo, ya que describió la demanda y las razones por las cuales acudieron los usuarios de nacionalidad colombiana.

Los datos obtenidos fueron organizados para el procesamiento, tabulación, diseño de tablas y gráficos estadísticos, para lo cual se utilizó el programa computarizado Microsoft Office Excel, en los cuales se interpretó el respectivo análisis.

Una vez terminado el trabajo de investigación se llegó a la conclusión que en el periodo de Enero a Julio del 2012 se atendió un total de 29.857 pacientes, de los cuales 1.627 son de nacionalidad colombiana que corresponde al 5,45% de la demanda total en el área de estudio.

El servicio con mayor demanda es Emergencia, que de 9920 usuarios atendidos, 898 son de nacionalidad colombiana equivalente al 9,05%. Seguido por Hospitalización con el 5,47% con 124 usuarios colombianos de 2163 atenciones, y por último Consulta Externa con el 3.60% con un total de 603 usuarios colombianos de 16.741 atendidos en este servicio.

En el servicio de Emergencia, se determinó que la mayoría de la población son de género femenino con el 67% restando un 33% masculino, en cuanto a los grupos etarios se encuentra en primer lugar de 20 a 49 años con el 54%, seguido por adolescentes de 15 a 19 años con el 13% y en un tercer lugar de 50 a 64 años con un 10%. En lo relacionado con las patologías, este servicio presenta las enfermedades gastrointestinales como principal motivo de asistencia médica con el 15% aunque se excluyó de éste a la enfermedad ácido péptica con el 7 % e intoxicación alimentaria con el 6%, continuando con los traumatismos y heridas cortopunzantes con el 13%, y los embarazos y problemas relacionados con el 13%.

El análisis de los resultados de la encuesta se realizó procurando objetividad, demostrándose que el nivel de instrucción corresponde al 61% primaria, 30% secundaria, 4% superior y 5% a ninguna. En cuanto a la ocupación el 50% son amas de casa, un 11% comerciantes, el 19% estudiantes, un 9% jornaleros, 3% a ninguna, y 8% a otros. En el lugar de procedencia en su mayoría provienen del Departamento de Nariño con el 74%, del restante proviene de distintos Departamentos encabezados por el de Tolima con el 6% seguido por el de Pereira y Putumayo con el 4% cada uno y entre otros.

En lo que se refiere a la calidad de atención percibida, los usuarios manifiestan que esta es buena en un 62%, muy buena un 38% en que tuvieron privacidad un 95% , en que no tuvieron problemas al acceder a los servicios el 97%, y que recibieron una asistencia medica equitativa el 94%. En cuanto a los motivos de demanda respondieron que solicitan servicios de salud por gratuidad en un 88%, en calidad de atención un 11%, según la causa por: presentar emergencia un 38%, por parto un 23%, y en control de enfermedad el 33%, recomendarían a otras personas que soliciten servicios de salud.

SUMMARY

This study aimed to meet the demand for the services of the Hospital Luis Gabriel Davila Tulcán by users of nationality Colombian, which during the period of study allowed us to establish what the morbidities, the number of patients seen, gender, age groups and country from origin.

Techniques and instruments were used to collect information, those were validated previously. Information was obtained from the Department of Statistics, through the respective forms of the clinical history. Also we surveyed to 74 users a national Colombian who received medical care in hospital's departments to determine the perception of the quality of care and the complaint.

The type of study was descriptive cross-sectional cohort design with qualitative and quantitative, as described demand and the reasons why users came from Colombia.

Data were organized for processing, tabulation, graphic design and statistical tables, for which we used the computer program Microsoft Office Excel, which was interpreted in the examination.

Once the research is concluded that in the period January to July 2012 served a total of 29,857 patients, of which 1627 are of Colombian nationality corresponding to 5.45% of total demand in the study area.

The service is more demand Emergency of 9920 that users served, 898 are equivalent to a Colombian 9.05%. Hospitalization followed by the

5.47% with 124 Colombians of 2163 users attentions, and finally Outpatient 3.60% with a total of 603 users served 16,741 Colombians in this service.

In the emergency department, it was determined that the majority of the population are female with 67% minus 33% male, about age groups is primarily 20 to 49 years with 54%, followed for adolescents 15 to 19 years with 13% and third place 50 to 64 years with 10%. In relation to the diseases, this service presents gastrointestinal diseases as the main cause of health care to 15% although it was excluded from the peptic disease with 7% and food poisoning to 6%, continuing with the trauma and sharps injuries with 13%, and pregnancy related problems and 13%.

The analysis of the survey results was seeking objectivity, showing that the level of education corresponds to 61% primary, 30% secondary, up 4% and 5% to none. In terms of occupation, 50% were housewives, 11% merchants, 19% students, laborers 9%, 3% no, and 8% other. In the place of origin are mostly from the Nariño Department to 74%, the rest come from various departments headed by Tolima with 6% followed by Pereira and Putumayo with 4% each, among others.

In regard to the perceived quality of care, users report that this is good in 62%, 38% very good in that 95% had privacy, they had no problems accessing services 97% and receiving medical assistance equal to 94%. As for the causes of action seeking responded by free health services by 88%, as 11% attention as the cause: emergency present 38%, for delivery by 23%, and disease control 33%, would recommend to other persons seeking health services by 97%.

INTRODUCCIÓN

La demanda de los servicios del Hospital Luis Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán, por parte de usuarios colombianos ha venido siendo una problemática en las dos últimas décadas, debido a la cercanía con el cordón fronterizo colombo-ecuatoriano. El Ecuador es el país con mayor número de refugiados colombianos en América latina, siendo así que en la provincia del Carchi es donde se encuentra el puente internacional de Rumichaca , que une a este país con Colombia, por donde ingresa dicha población huyendo de la violencia y falta de oportunidades, para obtener una mejor calidad de vida.

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo determinar la demanda de Usuarios de nacionalidad Colombiana, para a través de esta señalar los factores que influyen en su aumento, así mismo las principales enfermedades presentes en los diferentes servicios del lugar de estudio, debido a ser una población en riesgo por la situación socio-económica que se encuentran enfrentando.

El estudio se realizó en cinco capítulos, en donde se detalla el desarrollo de la investigación. En el primer capítulo se refiere al problema con su planteamiento y formulación ,justificación, objetivos y preguntas directrices al inicio de la investigación; en el segundo capítulo se desarrolla el marco teórico desglosado en antecedentes y fundamentación teórica; el tercer capítulo consta la metodología de investigación, tipo y diseño de la investigación ,población con la que se trabajó, instrumentos utilizados con su respectiva validación ;en el cuarto capítulo consta del análisis y los resultados de la investigación, el quinto capítulo encontramos los recursos

técnicos, tecnológicos y talento humano utilizados en la investigación y finalmente en el sexto capítulo constan las conclusiones y recomendaciones.

Se finaliza con un plan de intervención, elaborando una guía para el personal de enfermería del Hospital Luis Gabriel Dávila que contenga información sobre las patologías más frecuentes que presentan los usuarios de nacionalidad colombiana y también la manera de obtener estatus de refugio para que así obtengan todos los derechos que el Estado les brinda.

Se determinó a través del estudio que el principal motivo de demanda es la gratuidad de la salud, y el servicio con mayor demanda es Emergencia. También se evidenció que el formulario de registro de consulta en Emergencias no contiene información sobre la nacionalidad que conlleva a que en el departamento de Estadística no haya datos precisos de usuarios colombianos atendidos.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1. Planteamiento del problema:

1.1. Descripción del problema

La demanda de los servicios del Hospital Luis Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán por parte de usuarios colombianos ha venido siendo una problemática en las dos últimas décadas debido a la cercanía con el cordón fronterizo Colombo-ecuatoriano. Desafortunadamente no existen estudios que hayan determinado la demanda en esta casa de salud. En el departamento de estadística estima que el año 2011 fueron atendidas 1059 personas de nacionalidad colombiana, distribuidas en las diferentes áreas del hospital (Pozo, 2012).

La salud desde la legislatura del actual gobierno ecuatoriano ha tenido un cambio total con el cual se ha obtenido la gratuidad de la salud, que no solo benefician a los ciudadanos ecuatorianos sino a muchos de los migrantes colombianos, debido a lo establecido en la Constitución Política de la República, los extranjeros tendrán los mismos derechos que los ecuatorianos (Sistema Integrado de Legislación Ecuatoriana, 2008).

La migración en el país no es un tema nuevo. Es así que, Ecuador marcado por escenarios políticos nacionales, regionales y globales complejos, ha experimentado durante las dos últimas décadas flujos migratorios cambiantes, encontrando un alto nivel de emigración, junto con

un creciente flujo inmigratorio, con ciertas tendencias al tránsito y con constante movilidad interna. Sin embargo en el último período inicia un flujo de extranjeros al interior del territorio ecuatoriano, gran parte de ellos colombianos en búsqueda de protección internacional, pero también llegan migrantes laborales, sobre todo de Colombia, que vienen al Ecuador atraídos por la economía dolarizada (Moncayo, 2009).

Se estima que un total de 600.000 personas colombianas se desplazaron los años anteriores a territorio ecuatoriano; de éstas aproximadamente el 40% huyen de la violencia generalizada en Colombia, buscando en el Ecuador mayores garantías que permitan proteger su vida e integridad personal. Hasta diciembre del 2011, se estableció que 132.993 personas solicitaron refugio de forma oficial, de estas 53.377 fueron reconocidas como refugiadas hasta hoy (Dirección de Migración, 2012). En la Provincia del Carchi donde se encuentra el Puente Internacional de Rumichaca que une Ecuador y Colombia, por donde ingresa dicha población que huye de la violencia del conflicto en el vecino País y falta de oportunidades para obtener una mejor calidad de vida, según la Agencia de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) para los refugiado en el año 2011 existen en la Provincia del Carchi 4776 refugiados conocidos y 2674 solicitantes de asilo, es más dicha asociación recibe un promedio diario de 5 nuevos casos de personas que manifiestan el interés de solicitar refugio en el Ecuador (Durango & Escalante, 2011).

En años recientes las consideraciones de seguridad nacional restringieron el reconocimiento de muchos solicitantes con necesidades reales de protección internacional. Una importante proporción de casos

potenciales permanece en el Ecuador, impedido de regresar a Colombia debido a la situación de violencia o inseguridad que afrontan sus comunidades de origen, pero mantiene su invisibilidad por una serie de motivos: consideraciones sobre su seguridad, desconocimiento de sus derechos como población, con necesidad de protección internacional y del trámite de solicitud de refugio son los más importantes (Project Counselling Service, 2007).

1.2. OBJETO DE ESTUDIO O SUJETO DE LA INVESTIGACIÓN:

Esta investigación se realizó a los pacientes de nacionalidad colombiana que acudieron a recibir atención en los distintos servicios del Hospital Luis Gabriel Dávila, periodo Enero – Julio 2012.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿Cuál es la demanda de los servicios del Hospital Luis Gabriel Dávila de Tulcán por parte de usuarios de nacionalidad colombiana en el periodo Enero a Julio del 2012?

1.4. JUSTIFICACIÓN:

El presente trabajo investigativo busca identificar la demanda de los servicios del Hospital Luis Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán, por parte de usuario de nacionalidad colombiana y los factores asociados que inciden en ésta, tomando en cuenta que es una población en riesgo de adquirir problemas de salud, debido a la situación socioeconómica que atraviesan en la actualidad.

El usuario colombiano refugiado como sujeto acogido no solo por la constitución, sino por reglamentos internacionales tiene similares derechos a los ecuatorianos en recibir servicios de salud gratuitos con calidez y calidad en la atención sin discriminación alguna por su condición social en las instituciones pertenecientes al Ministerio de Salud Pública, como es el caso del lugar de estudio.

Debido a la ubicación geográfica del Hospital por encontrarse en una zona fronteriza y del fácil acceso hacia territorio ecuatoriano es un lugar beneficioso para las personas que demandan atención médica, gracias a la gratuidad en atención de salud. En los meses de Enero a Julio del año 2012 hubo una demanda de 1627 pacientes colombianos que fueron atendidos en esta casa de salud.

Razón por la cual la población en estudio se encuentra en riesgo, es necesario implementar una guía educativa para el personal de enfermería del Hospital Luis Gabriel Dávila, que incluya las patologías más frecuentes para disminuir la demanda de pacientes por enfermedades prevenibles a través de la educación y el procedimiento para obtener estatus de refugio y así poder

recibir atención en el primer nivel de salud, como es la prevención de posibles enfermedades.

1.5. VIABILIDAD:

Social:

Para la realización de la presente investigación existió la facilidad y el apoyo del personal que labora en el Hospital Luis Gabriel Dávila, la cual se efectuó en los pacientes de nacionalidad colombiana que acuden a esta casa de salud.

Técnica:

Se ejecutó el proceso investigativo a través de datos del departamento de estadística y mediante la aplicación de encuestas a los pacientes colombianos que acudieron a recibir atención en el Hospital Luis Gabriel Dávila.

Económica:

Se dispuso de los recursos necesarios para cubrir los gastos económicos que se dieron durante el desarrollo de la presente investigación como son: impresiones, copias, transporte, internet entre otros.

2. OBJETIVOS:

2.1. OBJETIVO GENERAL:

- ❖ Determinar la demanda de los servicios del Hospital Luis Gabriel Dávila de Tulcán por parte de usuarios de nacionalidad colombiana en el periodo Enero a Julio del 2012.

2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- ❖ Definir las razones de la demanda de los servicios del Hospital, por parte de los usuarios en estudio.
- ❖ Señalar cuál es el servicio con mayor demanda de usuarios colombianos, patologías y factores influyentes presentados durante el periodo de estudio.
- ❖ Establecer el nivel de calidad de atención en el Hospital Luis Gabriel Dávila percibida por el usuario colombiano.
- ❖ Implementar una guía educativa dirigida para el personal de enfermería que labora en el Hospital Luis Gabriel Dávila de Tulcán.

2.3. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ❖ ¿Cuáles son las razones de la demanda de los servicios del Hospital, por parte de los usuarios en estudio?
- ❖ ¿Cuál es el servicio con mayor demanda de usuarios colombianos, patologías y factores influyentes presentados durante el periodo de estudio?
- ❖ ¿Cuál el nivel de calidad de atención en el Hospital Luis Gabriel Dávila percibida por el usuario colombiano?
- ❖ ¿Implementar una guía educativa dirigida para el personal de enfermería que labora en el Hospital Luis Gabriel Dávila de Tulcán, contribuirá a disminuir enfermedades prevenibles en usuarios que son atendidos en esta institución de salud?

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. Marco Legal

2.1.1. Constitución de la República del Ecuador.

La actual Constitución Política, integra un nuevo enfoque sobre el abordaje del hecho migratorio y la movilidad humana.

Son significativos los avances incorporados en materia de movilidad humana, entre ellos: La no discriminación por la condición migratoria de las personas; el reconocimiento de la organización y participación política de los ecuatorianos y ecuatorianas en el exterior y de los extranjeros residentes en el país.

Los artículos dictan lo respectivo a migración y refugio:

Art. 40.- Se reconoce a las personas el derecho a migrar. No se identificará ni se considerará a ningún ser humano como ilegal por su condición migratoria.

Art. 41.- Se reconocen los derechos de asilo y refugio, de acuerdo con la ley y los instrumentos internacionales de derechos humanos. Las personas que se encuentren en condición de asilo o refugio gozarán de protección especial que garantice el pleno ejercicio de sus derechos. El Estado respetará y garantizará el principio de no devolución, además de la asistencia humanitaria y jurídica de emergencia. No se aplicará a las personas solicitantes de asilo o refugio sanciones penales por el hecho de su ingreso o

de su permanencia en situación de irregularidad. El Estado, de manera excepcional y cuando las circunstancias lo ameriten, reconocerá a un colectivo el estatuto de refugiado, de acuerdo con la ley.

Art. 8.- Son ecuatorianas y ecuatorianos por naturalización las siguientes personas:

1. Las que obtengan la carta de naturalización.
2. Las extranjeras menores de edad adoptadas por una ecuatoriana o ecuatoriano, que conservarán la nacionalidad ecuatoriana mientras no expresen voluntad contraria.
3. Las nacidas en el exterior de madre o padre ecuatorianos por naturalización, mientras aquéllas sean menores de edad; conservarán la nacionalidad ecuatoriana si no expresan voluntad contraria.
4. Las que contraigan matrimonio o mantengan unión de hecho con una ecuatoriana o un ecuatoriano, de acuerdo con la ley.
5. Las que obtengan la nacionalidad ecuatoriana por haber prestado servicios relevantes al país con su talento o esfuerzo Individual. Quienes adquieran la nacionalidad ecuatoriana no estarán obligados a renunciar a su nacionalidad de origen. La nacionalidad ecuatoriana adquirida por naturalización se perderá por renuncia expresa.

Art. 9.- Las personas extranjeras que se encuentren en el territorio ecuatoriano tendrán los mismos derechos y deberes que las ecuatorianas, de acuerdo con la Constitución.

Según la actual constitución vigente en el país determina los siguientes artículos en lo referido a salud en personas de distinta nacionalidad:

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

Art. 66.- Se reconoce y garantizará a las personas:

3. El derecho a una vida digna, que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, vivienda, saneamiento ambiental, educación, trabajo, empleo, descanso y ocio, cultura física, vestido, seguridad social y otros servicios sociales necesarios
14. Las personas extranjeras no podrán ser devueltas o expulsadas a un país donde su vida, libertad, seguridad o integridad o la de sus familiares peligren por causa de su etnia, religión, nacionalidad, ideología, pertenencia a determinado grupo social, o por sus opiniones políticas. Se prohíbe la expulsión de colectivos de extranjeros. Los procesos migratorios deberán ser singularizados.

Art. 425.- El orden jerárquico de aplicación de las normas será el siguiente: La Constitución; los tratados y convenios internacionales; las leyes orgánicas; las leyes ordinarias; las normas regionales y las ordenanzas distritales; los decretos y reglamentos; las ordenanzas; los acuerdos y las resoluciones; y los demás actos y decisiones de los poderes públicos. En caso de conflicto entre normas de distinta jerarquía, la Corte Constitucional, las juezas y jueces, autoridades administrativas y servidoras y servidores públicos, lo resolverán mediante la aplicación de la norma jerárquica superior. La jerarquía normativa considerará, en lo que corresponda, el principio de

competencia, en especial la titularidad de las competencias exclusivas de los gobiernos autónomos descentralizados (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

2.1.2. Ley de Extranjería

Las normas de esta Ley regulan la situación de los extranjeros que residan en el Ecuador y atribuyen modalidades y condiciones a las calidades de inmigración. Los preceptos de extranjería establecidos en leyes especiales o convenios internacionales vigentes para el Ecuador, serán aplicados en los casos específicos a que se refieren.

Art. 2.- De conformidad con lo establecido en la Constitución Política de la República, los extranjeros tendrán los mismos derechos que los ecuatorianos, con las limitaciones previstas en la ley.

2.1.3. Reglamento para la aplicación en el Ecuador de las normas contenidas en la Convención de Ginebra de 1951 sobre el estatuto de los refugiados y en su protocolo de 1967

Ecuador en la presidencia del Dr. Rodrigo Borja Cevallos formó parte de la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados, suscrita en Ginebra el 28 de Julio de 1951, y del Protocolo de 1967, firmado en Nueva York el 31 de enero de 1967. El cual construyó el marco legal en temas de asilo está conformado por los instrumentos legales ratificados por el Ecuador y por la legislación ecuatoriana sobre asilo.

Los artículos determinados en el documento describen las características de las personas que serán consideradas con refugiados, sus

derechos y deberes, también el rol del estado con las personas solicitantes de asilo.

Artículo 1º.- Con sujeción al presente Reglamento, será reconocido como Refugiado en el Ecuador toda persona que debido a fundados temores de ser perseguida por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a determinado grupo social u opiniones políticas, se encuentre fuera del país de su nacionalidad y no pueda, o a causa de dichos temores no quiera, acogerse a la protección de tal país o que, careciendo de nacionalidad y hallándose, a consecuencia de tales acontecimientos, fuera del país donde antes tuviera su residencia habitual, no pueda o, a causa de dichos temores, no quiera regresar a él.

Artículo 2º.- Igualmente, serán consideradas como refugiados en el Ecuador las personas que han huido de su país porque su vida, seguridad o libertad han sido amenazadas por la violencia generalizada, la agresión extranjera, los conflictos internos, la violación masiva de los derechos humanos y otras circunstancias que hayan perturbado gravemente el orden público.

Artículo 3º. - A toda persona que invoque la condición de refugiado se le permitirá la entrada al territorio nacional y se le autorizará su permanencia en él, hasta que se haya finalmente decidido sobre su solicitud, incluido el período de apelación (Borja, 1992).

2.1.4. Ley Orgánica de Salud

Derechos y deberes de las personas y del Estado en relación con la salud

(Tribunal Constitucional, 2006)

Art. 7.- Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos:

a) Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud;

b) Acceso gratuito a los programas y acciones de salud pública, dando atención preferente en los servicios de salud públicos y privados, a los grupos vulnerables determinados en la Constitución Política de la República;

c) Vivir en un ambiente sano, ecológicamente equilibrado y libre de contaminación;

d) Respeto a su dignidad, autonomía, privacidad e intimidad; a su cultura, sus prácticas y usos culturales; así como a sus derechos sexuales y reproductivos;

e) Ser oportunamente informada sobre las alternativas de tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados con su salud, así como en usos, efectos, costos y calidad; a recibir consejería y asesoría de personal capacitado antes y después de los procedimientos establecidos en los protocolos médicos. Los integrantes de los pueblos indígenas, de ser el caso, serán informados en su lengua materna;

f) Tener una historia clínica única redactada en términos precisos, comprensibles y completos; así como la confidencialidad respecto de la información en ella contenida y a que se le entregue su epicrisis;

g) Recibir, por parte del profesional de la salud responsable de su atención y facultado para prescribir, una receta que contenga obligatoriamente, en primer lugar, el nombre genérico del medicamento prescrito;

h) Ejercer la autonomía de su voluntad a través del consentimiento por escrito y tomar decisiones respecto a su estado de salud y procedimientos de diagnóstico y tratamiento, salvo en los casos de urgencia, emergencia o riesgo para la vida de las personas y para la salud pública;

i) Utilizar con oportunidad y eficacia, en las instancias competentes, las acciones para tramitar quejas y reclamos administrativos o judiciales que garanticen el cumplimiento de sus derechos; así como la reparación e indemnización oportuna por los daños y perjuicios causados, en aquellos casos que lo ameriten;

j) Ser atendida inmediatamente con servicios profesionales de emergencia, suministro de medicamentos e insumos necesarios en los casos de riesgo inminente para la vida, en cualquier establecimiento de salud público o privado, sin requerir compromiso económico ni trámite administrativo previos;

k) Participar de manera individual o colectiva en las actividades de salud y vigilar el cumplimiento de las acciones en salud y la calidad de los

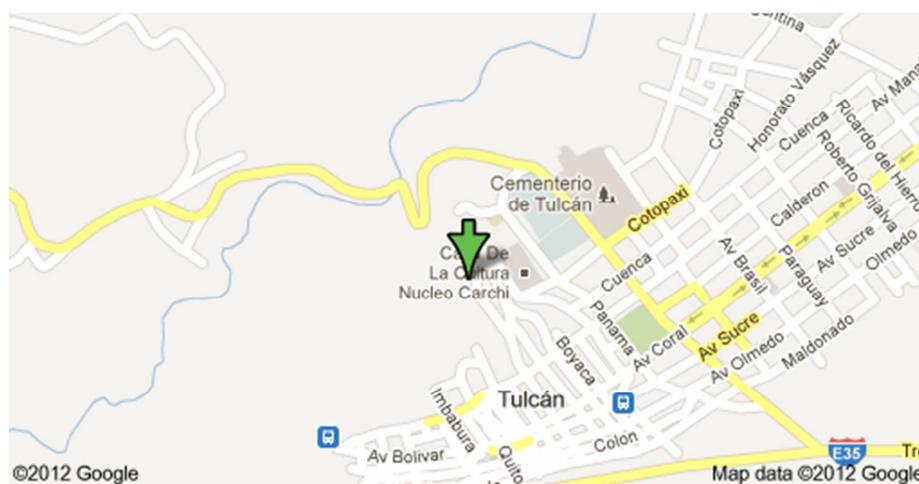
servicios, mediante la conformación de veedurías ciudadanas u otros mecanismos de participación social; y, ser informado sobre las medidas de prevención y mitigación de las amenazas y situaciones de vulnerabilidad que pongan en riesgo su vida; y,

l) No ser objeto de pruebas, ensayos clínicos, de laboratorio o investigaciones, sin su conocimiento y consentimiento previo por escrito; ni ser sometida a pruebas o exámenes diagnósticos, excepto cuando la ley expresamente lo determine o en caso de emergencia o urgencia en que peligre su vida.

2.2. TEORÍA

2.4.1. Descripción del Área de Estudio

El Hospital Luis Gabriel Dávila se encuentra ubicado en la Provincia del Carchi, Cantón Tulcán, en las calles 10 de Agosto y Tungurahua. En las coordenada geográfica: $+0^{\circ} 49' 4.58''$, $-77^{\circ} 43' 5.12''$ (Google, 2012).



Fuente: Google, 2012

Gráfico 1 Ubicación Geográfica del Hospital Luis Gabriel Dávila

2.4.1.1. Consulta Externa:

El servicio de consulta Externa brinda atención a los usuarios externos en las siguientes especialidades: Pediatría, Neonatología, Ginecología, Obstetricia, Medicina Interna, Cirugía, Traumatología, Ortopedia, Rehabilitación: Física y del Lenguaje, Psiquiatría y Psicología, atención Integral del Adolescente, Odontología y Cirugía maxilofacial.

2.4.1.2. Medicina Interna.-

Este servicio brinda atención a usuarios desde 14 años de edad con las especialidades de Medicina Interna, Cirugías, Traumatología y Ortopedia, Psiquiatría, Psicología y Maxilofacial.

En la actualidad en el servicio de Medicina Interna se trabaja con personal médico, enfermeras y auxiliares para las dos salas. Cuenta con 32 camas que están distribuidas de la siguiente manera, 18 clínicas y 14 cirugías.

2.4.1.3. Gineco-obstetricia

El Servicio de Gineco-obstetricia brinda a tención a usuarios de parto normal, cesáreas, métodos esterilización definitiva, casos de patología obstétrica, clínicos y quirúrgicos de esta especialidad. Cuenta con 14 camas para cirugía y 22 para clínica.

2.4.1.4. Neonatología

Brinda atención a recién nacido normal y patológico durante el estadio de ala madre en el hospital y nacidos patológico hasta los 28 días de madres que no fueron atendidas en la institución.

2.4.1.5. Pediatría

El servicio de Pediatría brinda atención a niños desde 1 mes de edad hasta trece años 11 meses 29 días en las especialidades de: Medicina Interna, Cirugía, Traumatología Y Psiquiatría, Psicología y Cirugía Máxilo-facial.

2.4.1.6. Emergencia

Brinda a tención a todos los usuarios los 365 días del año en forma permanente.

2.4.2. Estructura Administrativa del Hospital Luis Gabriel Dávila

El hospital Luis Gabriel Dávila tiene como cabeza la Gerencia a cargo del Dr. Hernán Yépez, que a la vez coordina con las siguientes áreas, Dirección de Planificación y Gestión, Gestión de Comunicación Social, Gestión Financiera, Gestión Informática, Unidad Administrativa de Talento Humano, Dirección Médica Asistencial. Ver Anexo N° 3

2.4.3. Antecedentes

En la ciudad de Tulcán ante la necesidad de atención de los enfermos surge la inquietud en los directivos del Municipio en 1913 de organizar un centro de atención por lo que solicitan a los superiores de la Compañía de Hijas de la Caridad envíen hermanas para ofrecer atención. Para el traslado de las hermanas Sor. Leroy, Sor Vicenta Hidrobo, Sor. María Teresa Ruilova, Sor Ana basuri, desde Quito a lo que hoy es Tulcán lo hicieron a lomo de acémila, fue un viaje agotador, siendo recibidas por el Padre Darío Almeida y el Dr. Luis Rosero, llegaron a la comunidad de las hermanas Bethlemitas, quienes les acogieron con cariño, la cuales les prestaron un cuarto y empezaron a trabajo de enfermería con mucha dificultad por cuanto no existía ni recursos humanos ni materiales, ya que el mobiliario que utilizaban tanto para vivienda, actos religiosos y atención a enfermos.

El primer nombre del Hospital Provincial de Tulcán fue San Vicente de Paul, en honor al fundador de las Hermanas de la Caridad que estaban encargadas de la administración y cuidado directo de los enfermos.

A raíz del terremoto de 1924 nace como una institución para dar atención de emergencia a las víctimas de la catástrofe.

Esta unidad pasa a depender de la junta de asistencia social de Quito el 30 de Marzo de 1954, bajo la dirección del Dr. Alberto Araujo Chávez; en una asamblea presidida por él se decide la nominación como hospital Luis G. Dávila en honor al benemérito médico tulcaneco de renombre internacional Doctor Luis Gabriel Dávila (Gordón, Leonor, & Yanez, 2001).

Desde 1932 fueron las hermanas de la caridad las primeras enfermeras y auxiliares, quienes organizaron la atención de los pacientes hasta 1968

En 1968 se realiza la construcción del servicio de cirugía y su equipamiento, dos años después se remodela el departamento de administración, maternidad y sala de mujeres, también se integran las primeras enfermeras. A quienes se les asignan la organización del servicio centro quirúrgico.

Luego del decreto de integración de los Servicios de Salud dictada por el General Guillermo Rodríguez Lara, el 16 de abril de 1972 pasa a depender económicamente del Ministerio de Salud Pública. A partir de esto se comienza la construcción del pabellón de dietética, cocina y lavandería, las

oficinas de administración pasaron a funcionar en un nuevo local y las anteriores se adaptaron para laboratorio central.

En 1974 la comisión de asesoramiento del Ministerio De Salud Pública se llevó a efecto la actualización de la Historia Clínica Única. A continuación un año después se crea el servicio de Medicina Interna, a cargo de las hermanas de la caridad. Dividido en sala de hombres y mujeres con personal diferente para cada sala, contaba con 17 camas en hombres de las cuales 5 camas eran para cirugía y 12 camas para clínica, y con 13 camas en mujeres de estas 5 camas cirugía y 8 camas de clínica. También se crea los cargos para dos enfermeras profesionales quienes son asignadas como jefes del departamento de enfermería y del servicio de centro quirúrgico.

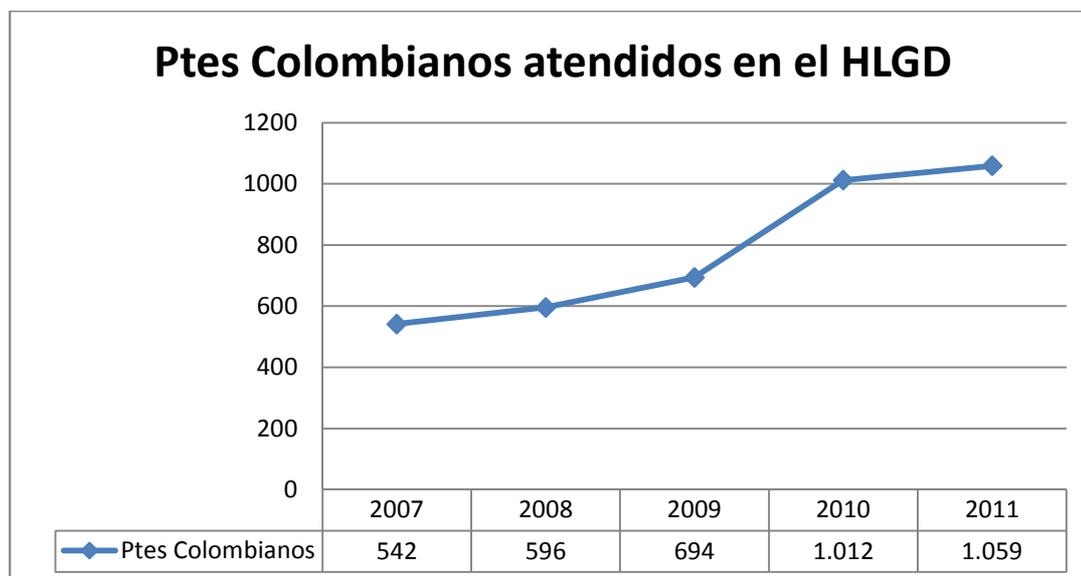
En 1982 se realizó la construcción del Pabellón de Pediatría, y en 1993 el asilo pasa a la fundación Sara Espíndola la cual había permanecido 40 años en el hospital

En Noviembre de 1990 hay la creación de 19 cargos de enfermeras profesionales para el hospital se realiza la reorganización y fortalecimiento del departamento de enfermería, organizando 3 turnos de trabajo: mañana, tarde y noche, este personal está bajo el amparo de ley civil y carrera administrativa y apoyo al departamento de enfermería.

La Universidad Técnica del Norte de la ciudad de Ibarra, en 1992 envía internas rotativas de enfermería del cuarto año de formación académica bajo la supervisión de la enfermera provincial.

En el Año 2006 se construyó el área de Emergencia. En el año 2009 se construyó el pabellón de Rehabilitación y se amplió la sala de imagenología (Congregación Hermanas de la Caridad, 1913-2011).

2.5. Antecedentes de pacientes colombianos atendidos en el hospital.



Fuente: Dirección de Salud Carchi, 2011

Gráfico 2: Prevalencia Anual de Pacientes de Nacionalidad Colombiana

Según los datos presentados en la Dirección Provincial de Salud del Carchi por el Departamento de Estadística del Hospital Luis Gabriel Dávila, se observa la creciente demanda de pacientes colombianos en el transcurso de los años.

2.6. Demanda de servicios de salud

En el marco de los enfoques económicos y empresariales desarrollados desde la década de 1980, los servicios de salud se conciben como mercancías, que son objeto de transacción en mercados sometidos a las leyes generales de la oferta y la demanda. Estrictamente hablando la

demanda se define como la cantidad de bienes o servicios que un sujeto o un hogar podrían comprar y consumir en una unidad de tiempo.

En el caso de los servicios, los análisis de demanda pretenden establecer los patrones de comportamiento del usuario que le llevan a buscar y consumir un determinado tipo de servicio.

La demanda es una noción amplia que cubre diferentes modalidades según la relación que el usuario establece con el servicio. La utilización es un componente de la demanda referido a la cantidad de productos o servicios consumidos realmente por los usuarios en la unidad de tiempo.

La demanda que el usuario no logra aprovechar para su beneficio por dificultades para acceder al servicio requerido se denomina demanda insatisfecha (Project Economic Evaluation Division, 2000). Los servicios en general, incluyendo los servicios de salud, deben responder apropiadamente a una necesidad, término que ha sido objeto de controversia en la literatura técnica. Las corrientes predominantes en economía y administración definen las necesidades como deseos que se satisfacen mediante el consumo (Peligero, 1999). Otros autores insisten en definir las necesidades como condiciones que se imponen a los sujetos desde su naturaleza biológica o social, como requerimientos para sobrevivir, mantener la integridad y lograr el desarrollo; desde esta última perspectiva, las necesidades se satisfacen no solo en el consumo sino también mediante otros recursos propios y externos, que no siempre se comportan como mercancías (Clayton, 1983).

A pesar de sus diferencias, los distintos enfoques reconocen que la demanda de servicios y la necesidad de las personas no siempre coinciden;

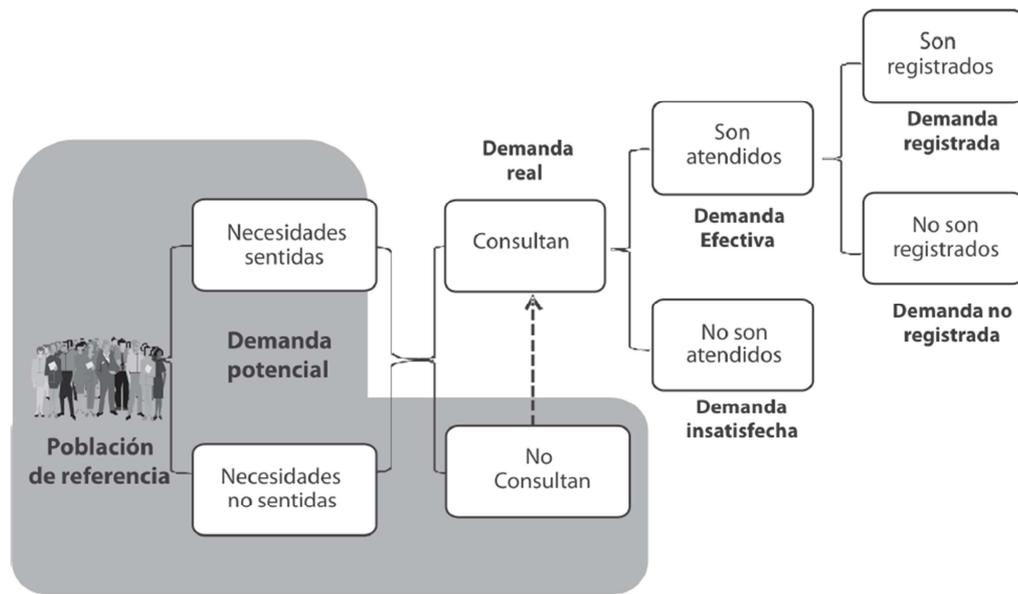
en primer lugar, las demandas de ayuda no corresponden en todos los casos a necesidades reales; por otra parte, algunos servicios pueden comportarse como satisfactores no pertinentes e inapropiados, sin un valor de uso real, que no responden a las expectativas del sujeto ni mejoran sus condiciones. Esto es particularmente cierto en el caso de la salud, donde los servicios no se comportan como otras mercancías, en la medida en que la razón principal que genera la demanda no es un deseo libre y consciente de consumo por parte del sujeto, como si ocurre en otras transacciones comerciales, sino una necesidad inaplazable que puede amenazar la integridad y la supervivencia del enfermo. Adicionalmente, el usuario que requiere ayuda suele ignorar tanto la naturaleza de su necesidad como el tipo de servicio apropiado para resolver su problema. La incertidumbre cubre igualmente al agente de salud que presta el servicio, quien puede ignorar, por lo menos al principio, cual es la naturaleza real del problema que ha generado la demanda del paciente. Inicialmente podría pensarse que la demanda de los usuarios es la condición que determina la oferta, y que la forma como se estructuran los servicios refleja las necesidades de la población en materia de salud. Esto puede ser parcialmente cierto, pero no ocurre de manera mecánica, pues es el agente de salud quien, desde su perspectiva, suele definir tanto la necesidad del usuario como los procedimientos que deben realizarse. En tal sentido la estructura de la oferta de servicios en una región ejerce una influencia determinante sobre las características de la demanda, y este elemento debe ser tenido en cuenta al analizar los registros. Adicionalmente, la dinámica del proceso salud enfermedad y de la forma como en cada grupo humano se comprende y organiza la protección de la salud, introduce una gran

variabilidad a las condiciones de la oferta y la demanda, donde puede reconocerse la influencia de condiciones geográficas, culturales, administrativas y financieras (Project Economic Evaluation Division, 2000).

En razón de la variabilidad de las necesidades y las demandas, los análisis de demanda y oferta de servicios de salud no funcionan bien cuando se realizan de forma global y son más útiles cuando se refieren a necesidades bien delimitadas y a servicios igualmente específicos.

La demanda de servicios de salud incluye diferentes componentes que presentan su propia dinámica (Gómez, 2006) y que se presentan en el Gráfico 3.

Demanda potencial. En una población dada las personas experimentan diferentes necesidades relacionadas con su salud cuya distribución configura franjas de demanda potencial para diferentes servicios. La morbilidad ha sido tradicionalmente el centro de los análisis de demanda de servicios de salud; sin embargo otras necesidades humanas, los riesgos de daño y los procesos de desarrollo son también condiciones relacionadas con la salud susceptibles de atención, que constituyen franjas de demanda potencial para diferentes tipos de ayuda. Esta estructura de necesidades permanecerá como demanda potencial mientras la población no consulte efectivamente.



Fuente: Gomez, 2006

Gráfico 3: Estructura de la demanda de servicios de salud.

Las personas, por su parte, no tomarán la decisión de consultar a menos que sean conscientes de la conveniencia de hacerlo. La decisión de consultar depende de múltiples condiciones, entre ellas:

- La presión de los síntomas, cuyo grado de molestia puede explicar la mayor proporción de las demandas de servicios de salud.
- La capacidad del sujeto para identificar y valorar los signos de alarma.
- La influencia ejercida por los pares u otros agentes sociales (demanda inducida).
- El nivel de autonomía del sujeto.

Las condiciones biológicas y psicológicas, en particular los umbrales de dolor e insatisfacción, y los patrones culturales que interpretan los signos y síntomas, pueden constituir barreras que retrasan o descartan la decisión de

consultar. Esta decisión tampoco asegura que el sujeto solicite efectivamente el servicio, pues a partir del momento en que resuelven consultar, las personas pueden enfrentarse, en grado variable, a barreras geográficas, financieras, culturales o administrativas.

Demanda real. La demanda real de un servicio de salud está constituida por aquellas personas que han logrado solicitarlo al proveedor, superando un primer grupo de barreras de acceso.

Algunas de las personas que consultan serán devueltas o aplazadas, configurando una demanda insatisfecha que no siempre es reconocida ni registrada; el registro de la demanda insatisfecha puede constituir una buena herramienta para evaluar las barreras de acceso, particularmente las barreras administrativas; pero también pudieran dar cuenta de impedimentos culturales o financieros, si el instrumento de registro ha sido diseñado para captar estas variables. Las personas que consultan y son atendidas constituyen la demanda efectiva; estrictamente este concepto cobijaría al menos cuatro dimensiones: a) la necesidad de atención, b) la disponibilidad del recurso, c) la capacidad del usuario para acceder al servicio superando las barreras anteriores y d) la pertinencia del servicio. La demanda efectiva no necesariamente sugiere que los servicios utilizados sean adecuados; en tal sentido, su evaluación puede requerir la realización de análisis complementarios de pertinencia, calidad, efectividad y eficiencia (Gómez, 2006).

La mayoría de los sistemas de información aplicados por los servicios de salud registran la demanda efectiva. En los servicios ambulatorios, el

registro se realiza al terminar el procedimiento y en los servicios de internación al momento del egreso. Uno de los indicadores más utilizados para evaluar el desempeño de los servicios es la extensión de uso; este término se refiere a la proporción de la población de referencia que utiliza un servicio determinado en un periodo de tiempo y suele basarse en el registro de la demanda efectiva. Sin embargo, una proporción variable de procedimientos puede escapar a los registros; en tal sentido, los análisis de la demanda efectiva y de la extensión de uso deben considerar también la especificidad, la integridad y la calidad de los sistemas de información que los soportan, los cuales pueden presentar varias limitaciones. La primera de ellas se refiere a la codificación; con el fin de superar las variaciones relacionadas con la denominación de las demandas y de los procedimientos, se han propuesto diferentes sistemas de clasificación y codificación; el más utilizado en el sector de la salud es la Clasificación Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE-10) propuesto por la Organización Mundial de la Salud y aplicado en la mayoría de las regiones del mundo. Esta clasificación facilita el procesamiento, comparación y análisis de la información, pero refleja una perspectiva técnica que no siempre coincide con la necesidad como es percibida por el usuario.

En tal sentido, la información obtenida a partir de registros basados en la CIE-10 da cuenta de las atenciones desde la perspectiva técnica de la oferta más que de las necesidades percibidas por la población. Por otra parte, el hecho de que un mismo usuario pueda requerir diferentes procedimientos exige desarrollar sistemas de información para registrar las diferentes atenciones, algo que no siempre ocurre.

2.7. Salud

Salud es el hábito o estado corporal que nos permite seguir viviendo, es decir, que nos permite superar los obstáculos que el vivir encuentra a su paso. Porque, efectivamente, vivir no es simplemente “estar”, como está una piedra. Vivir implica una actividad interna del ser vivo que consigue mantener una cierta independencia y diferenciación de su ámbito exterior.

La OMS define a *“la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”* (OMS, 2012)

2.8. Sistemas de Salud

Según la OMS en su Informe sobre la salud, en el mundo del año 2000, un sistema de salud “abarca todas las actividades cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud” (OMS, 2000). En el año 2007, en el Marco de Acción para el Fortalecimiento de los Sistemas de Salud, este concepto evoluciona estableciéndose que “un Sistema de Salud está formado por todas las organizaciones, personas, y acciones cuyo objetivo primordial es promover, restablecer o mantener la salud”. En este contexto, sus objetivos fundamentales son mejorar la salud de la población a la que atiende, un financiamiento ecuánime, y mayor acceso y cobertura acorde a las expectativas de la población (OMS, 2007).

Para alcanzar estos objetivos, un sistema de salud desempeña varias funciones (ver Gráfico 3). La función primordial es su capacidad de gobernar, liderar o ejercer la rectoría en salud.

Esta función se refiere al ejercicio de capacidades institucionales, responsabilidades y competencias para conducir, regular, e implementar decisiones y acciones públicas (OPS, 2004). Paralelamente a la función rectora, según la OMS (2007), un sistema de salud se enfoca en:



Fuente: Flores & Castillo, 2012

Gráfico 4: *Funciones Generales del Sistema de Salud*

- Provisión de servicios: entrega efectiva, equitativa y de calidad de servicios de salud a la población.
- Financiamiento: generación de fondos adecuados para asegurar el acceso universal a servicios de la salud.
- Gestión de personal sanitario: conducción y dirección de los proveedores de servicios y personal de salud.

- Generación de información: producción, análisis, difusión y uso de información de salud en el proceso de toma de decisiones en los diferentes niveles del sistema de salud.

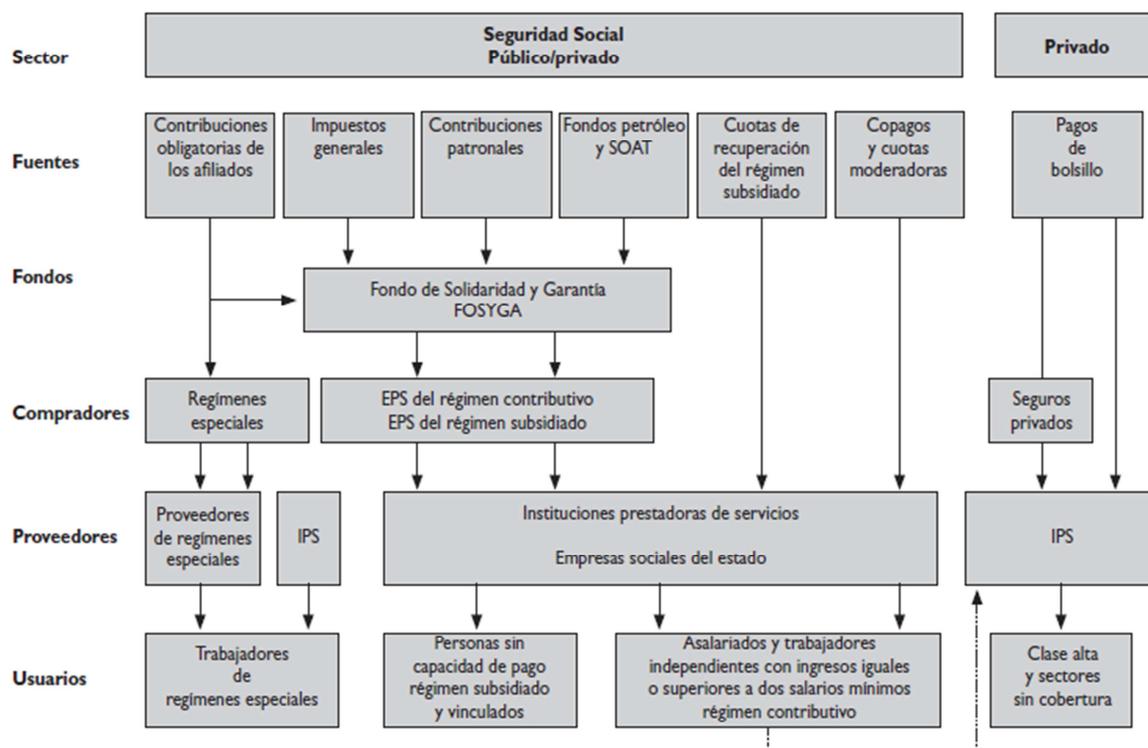
- Gestión de productos médicos, vacunas y tecnología: distribución equitativa y racional de medicamentos esenciales, vacunas y tecnologías con seguridad, eficacia y costo-efectividad (Flores & Castillo, 2012).

2.8.1.1. Sistema de Salud Colombiano

El sistema de salud colombiano está compuesto por un amplio sector de seguridad social y un decreciente sector exclusivamente privado. Su eje central es el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) con sus dos regímenes, el régimen contributivo (RC) y el régimen subsidiado (RS). El RC afilia a los trabajadores asalariados y pensionados y a los trabajadores independientes con ingresos iguales o superiores a un salario mínimo. El RS afilia a todas las personas sin capacidad de pago. Los Regímenes Especiales (RE) afilian a los trabajadores de las Fuerzas Militares, la Policía Nacional, la Empresa Colombiana de Petróleos, el Magisterio y las universidades públicas.

El RC opera con base en una cotización de sus afiliados. El RS opera con base en un subsidio cruzado del RC más otros fondos fiscales procedentes de impuestos generales. La afiliación al SGSSS es obligatoria y se hace a través de las entidades promotoras de salud (EPS), públicas o privadas, que se encargan de ofrecer, como mínimo, el Plan Obligatorio de Salud (POS) o bien el POS-S para los afiliados al RS. Las EPS entregan los fondos reunidos de las cotizaciones al Fondo de Solidaridad y Garantía

(FOSYGA), el cual devuelve a las EPS el monto equivalente a la unidad de pago por capitación (UPC) ajustado por riesgo, de acuerdo con el número de afiliados que tengan. El pago capitado en el RS es análogo (aunque no se ajusta por riesgo) y se denomina UPC-S. Los proveedores de atención son las instituciones prestadoras de servicios (IPS), que pueden estar o no integradas a las EPS, pero que en todo caso son contratadas por éstas. El sector exclusivamente privado es utilizado preponderantemente por la clase alta que, aun cotizando en alguna EPS, contrata seguros privados o acude a la consulta privada. Una porción de la población de ingresos medios, por carecer de cobertura o por no tener acceso oportuno al SGSSS, se ve obligada a acudir a la consulta privada haciendo pagos de bolsillo (Guerrero, Gallego, Becerril-Montekio, & Vásquez, 2011).



SOAT: Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito
 Regímenes especiales: fuerzas militares, Policía Nacional, Empresa Colombiana de Petróleos, magisterio, universidades
 EPS: entidades promotoras de salud
 IPS: instituciones prestadoras de servicios

Fuente: Guerrero, 2011

Gráfico 5: Estructura del sistema de salud colombiano.

La Constitución Política de 1991 estableció el derecho de todos los colombianos a la atención a la salud como un servicio público cuya prestación se realiza bajo la dirección, coordinación y control del Estado con la participación de agentes públicos y privados. La Ley 60 de 1993 dio impulso al mandato constitucional mediante normas que dieron origen a la descentralización del sistema. La Ley 100 del mismo año creó el actual SGSSS.

Hay dos regímenes de aseguramiento que pretenden dar cobertura a toda la población: el régimen contributivo (RC) y el régimen subsidiado (RS), vinculados entre sí a través de un fondo de recursos llamado Fondo de

Solidaridad y Garantía (FOSYGA). Todos los asalariados o pensionados, al igual que todos los trabajadores independientes con ingresos iguales o superiores a un salario mínimo, tienen la obligación de afiliarse al RC. Para hacerlo, pueden elegir libremente una EPS pública o privada. La contribución obligatoria equivale a 12.5% de los ingresos laborales, pero en el caso de los trabajadores asalariados o pensionados, estos sólo pagan el equivalente a 4% de su salario, mientras que el empleador (o pagador de pensión) se encarga de pagar el restante 8.5%. Los trabajadores independientes deben pagar la totalidad de la contribución. Las EPS se encargan de afiliar y registrar a los usuarios, recaudar las cotizaciones, y organizar y garantizar la prestación del POS. En 2010 la cobertura del RC fue de 39.4% de la población.

El RS, por su parte, se encarga del aseguramiento de todas las personas sin capacidad de pago y no cubiertas por el RC. La identificación de dicha población es competencia municipal y se lleva a cabo mediante la aplicación de la encuesta del Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los Programas Sociales (SISBEN). Los recursos para el financiamiento del RS son reunidos a través del FOSYGA y equivalen a uno y medio puntos porcentuales provenientes de 12.5% de la cotización del régimen contributivo que se suman a fondos provenientes de otras fuentes fiscales y parafiscales. Los beneficiarios del RS acuden a las EPS de dicho régimen. La cobertura del RS en 2010 alcanzó a 51.4% de la población. Además de los beneficiarios del SGSSS, existen varios grupos que gozan de otros esquemas de seguridad social (4.9% de la población del país) y que pertenecen a los regímenes especiales. Tal es el caso del

Magisterio, las Fuerzas Militares, la Policía Nacional, y quienes laboran en las universidades públicas y en la Empresa Colombiana de Petróleos.

Adicionalmente se consideró la participación en el SGSSS de personas que lo harán en forma transitoria mientras se logra la universalidad en la afiliación. Son aquellos que por incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado tendrán derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado.

De acuerdo con los registros del sistema, en 2010 el total de beneficiarios de algún tipo de aseguramiento en salud representaba 95.7% de la población. El SGSSS, a través del RS, ha logrado afiliar y dar cobertura a los sectores empobrecidos. No obstante, aún existe una porción de la población de ingresos medios que carece de cobertura, ya sea porque se encuentra transitoriamente desempleada o porque, tratándose de trabajadores independientes, no alcanzan la estabilidad laboral necesaria para pagar regularmente 12.5% de sus ingresos como cotización al SGSSS. En todo caso, esta población todavía se ve obligada a acudir a la consulta privada haciendo pagos de bolsillo.

Por lo que respecta a la participación de los usuarios en las cotizaciones, de acuerdo con la clasificación por niveles del SISBEN, los niveles 1 y 2, que corresponden a la población más pobre, gozan de subsidio total. El nivel 3 obtiene, en principio, subsidios parciales, si bien en la práctica hay subsidio total. De igual manera, quienes han sido identificados dentro del

nivel 1 del SISBEN están exentos del pago de copagos y cuotas moderadoras.

Las personas con capacidad de pago pueden adquirir voluntariamente seguros de salud privados y complementarios, siempre y cuando cumplan primero su obligación de cotizar al SGSSS. Los accidentes de trabajo y las enfermedades de origen profesional se cubren mediante un seguro aparte del POS que los empleadores están obligados por ley a contratar.

La Superintendencia Nacional de Salud (SNS) está legalmente facultada para realizar actividades de inspección, vigilancia y control en prácticamente todos los niveles del funcionamiento de los diversos actores que participan en el sector salud a fin de garantizar la operatividad del SGSSS.

Por su parte, los distritos y municipios cuentan con sus propias direcciones locales de salud, son responsables de hacer el diagnóstico de la situación de salud de la población y se encargan de la vigilancia del sistema de salud pública en sus respectivas jurisdicciones.

Además de las funciones de la SNS descritas arriba, el INS y el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) tienen a su cargo la vigilancia, regulación, inspección y el control de alimentos, medicamentos e insumos para la salud, dispositivos médicos, bancos de sangre, tejidos y órganos.

Percepción de los usuarios la calidad de la atención a la salud

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Calidad de Vida realizada en 2008, 14.5% de los encuestados reportaron haber estado enfermos en algún momento durante los últimos 30 días previos a la encuesta. De ellos, 77.9% acudieron a un médico general, especialista, odontólogo, terapeuta o institución de salud. Entre estos, 18.7% debieron costear la enfermedad con recursos propios y/o familiares, 58% la entidad de seguridad social a la que está afiliado les cubrió los costos de atención y tan solo un 0.9% hizo uso de medicina prepagada.

Entre quienes no solicitaron atención médica, las razones para no hacerlo fueron, en primer lugar (47.0%) que el caso era leve y, en segundo lugar (24%) la falta de dinero. El Primer Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud INCAS Colombia 2009, presenta indicadores de calidad para el primer semestre de 2009 relacionados con accesibilidad, calidad técnica, gerencia del riesgo y satisfacción tanto para aseguradoras como prestadores (INCAS Colombia, 2009). En cuanto a la oportunidad para la asignación de citas de consulta médica general, el menor tiempo de espera promedio lo tuvieron las EPS del régimen subsidiado con 2.6 días y las peor libradas fueron la medicina prepagada con 3.0 días y el régimen contributivo con 3.2 días. El número promedio de días de espera para la asignación de cita de consulta médica especializada fue de 4.9 días en el régimen subsidiado, 9.8 en el régimen contributivo y 3.1 en la medicina prepagada.

Las EPS del régimen contributivo tuvieron la más alta calificación en la entrega oportuna de medicamentos con una calificación de 93.3% versus 88.4% del régimen subsidiado.

Respecto a la tasa de satisfacción global medida como el número de afiliados satisfechos sobre el total de afiliados encuestados, la medicina prepagada obtuvo una tasa de 94.5%, seguida por las EPS del régimen contributivo, con 93.6% y el régimen subsidiado con 82%.

El proceso de reforma representa una profunda transformación institucional que rompió con el modelo tradicional que segmentaba las poblaciones según su estatus laboral o su empleador. En ese esquema, cada grupo de la población era atendido por una institución diferente que integraba verticalmente las funciones de un sistema de salud (financiamiento, aseguramiento, provisión). La nueva estructura adoptada en Colombia cubre a toda la población en un mismo esquema sin discriminación por estatus laboral, introduce mecanismos de solidaridad en el financiamiento y habilita la competencia al darle al ciudadano la libertad de elegir su EPS (Guerrero, 2008).

2.8.1.2. Situación actual de Salud en Colombia

Un sistema de salud con dos regímenes simultáneos :el contributivo ,para ciudadanos con nivel económico suficiente y por tanto con capacidad de pagar , y el subsidiado , para los ciudadanos sin capacidad económica .A través del SISBEN Sistema de Identificación de Beneficiarios ,una vez clasificada la población en uno de los 6 estratos (el 1 serie más bajo, y el 6 más alto),los estratos 3 al 6 van ala sistema contributivo y los estratos 1 y 2 al subsidiado .Los afiliados al régimen contributivo aportan una cantidad de su salario mensual para financiar el sistema ,mientras parar los afiliados al subsidiado ,las aportaciones las realiza el Estado los departamentos y

municipios .Cuando una familia es clasificada en el nivel 1 ó 2 debe ser afiliada por una Administradora de Régimen Subsidiado (ARS) que le otorga un carné y ,con el acceso al sistema de salud .

Entidades Promotoras De Salud (EPS)

Existen en Colombia 32 EPS, públicas y privadas, que administran el aseguramiento en el Régimen Contributivo. Una vez que el trabajador se afilia libremente a una EPS y paga las cuotas correspondientes, la EPS le proporciona un carnet que acredita su afiliación.

Las EPS descuenta de esta cantidad lo correspondiente a la suma de los costos de incapacidades y las licencias de maternidad .La diferencia queda como fondo en el FOSYGA (Fondo de Solidaridad y Garantía), en una cuenta adscrita al Ministerio de Salud. Sin embargo, sólo en la EPS del Instituto de Seguridad Social se calcula que hay más de 450.000 dobles filiaciones.

Estas empresas (EPS) acumulan recursos y mantienen independencia de acción: pueden contratar con los entes territoriales, operar a nivel nacional, en muchos casos incluso contratan con otros intermediarios y desvían una parte importante de los recursos a gastos administrativos, en lugar de dedicarlos a la atención en salud.

Administradoras De Régimen Subsidiario (A.R.S)

A diferencia de las EPS, las ARS funcionan en el ámbito local y no a nivel nacional. A pesar de que muchas de estas instituciones han acumulado recursos de forma indiscriminada, se están forzando medidas para la

desaparición de las ARS comunitarias, con lo que se tenderá a la concentración del mercado en pocas empresas privadas. En Bogotá, en abril de 2001, cuatro ARS cesaron sus actividades por problemas de liquidez y 179.000 personas tuvieron que ser afiliadas a otras entidades.

Las EPS y ARS ejercen su función de intermediarios dentro del sistema de salud concentrando Recursos que carecen de información, están plagados p graves fallos e irregularidades, no se les aplica ningún sistema de control de calidad en cuanto a las prestaciones que ofrecen los centros de salud, hospitales, consultorios, etc., que ofrecen dichos servicios), y su sola presencia reduce el dinero disponible, por desviarse para otras funciones, para la atención de salud. Este sistema está siendo un fracaso, de no solucionarse podrá colapsar la precaria disponibilidad de recursos para la población.

La Red De Hospitales:

Los Hospitales que eran públicos, se han transformado en ESE (Empresas Sociales del Estado) y cobran por servicios prestados a las personas afiliadas al régimen subsidiado (un pago que efectúan las ARS (Administradora de Régimen Subsidiado) posteriormente: como las ARS pagan con mucho retraso, se produce una falta de fondos crónica y la imposibilidad de planificar actividades) y a las personas privadas que puedan permitirse pagar su factura. También deben atender a los "vinculados", cuya atención en salud depende, desde un punto de vista financiero, de los gobiernos locales. El déficit económico de la red pública de Hospitales supera en el 2002 los 600 millones de Euros, por lo que las aproximadamente 33.000

centros, entre clínicas, hospitales, consultorios médicos y odontológicos, laboratorios y demás IPS, corren el riesgo de desaparecer.

La Salud Pública

Se está asistiendo en Colombia a la desaparición progresiva de la salud pública como responsabilidad del Estado. El papel del Ministerio se ha recortado y no existe en estos momentos una política estructurada, al haberse separado el concepto asistencial del preventivo; se pierden con ello logros ya conseguidos anteriormente.

Las actuaciones han pasado en muchos casos a ser puntuales, y recaen sobre instancias locales, por lo que varían de unos a otros municipios. Si a ello le unimos una excesiva burocratización, podemos asegurar que no han sido muchos los municipios y departamentos que han asumido el proceso de implantación del sistema de seguridad social en salud.

El proceso de descentralización no funciona y, en realidad, los departamentos no asumen sus competencias y los municipios no tienen capacidad para ello: la salud pública desaparece; la realidad nos indica que actualmente existe un gran descontrol de los recursos, se desmontan servicios y los municipios son incapaces de gestionar la salud pública de forma coherente.

Los principales problemas que da esta situación son los siguientes:

- No existe una política definida de salud pública, ya que la Ley 100 no marca en este terreno líneas claras.

-No se tiene en cuenta la variedad epidemiológica de las regiones del país ni sus distintas realidades, tanto económicas como sociales; se olvidan la violencia como factor desestabilizador de la salud comunitaria.

-Los Sistemas de vigilancia epidemiológica son casi inexistentes, sobre todo en zonas rurales.

Se desconoce la realidad epidemiológica en muchas zonas del país.

-"El descontrol epidemiológico" resulta alarmante: incremento en los últimos años de enfermedades que parecían controladas. En 1999 se registraron 71.714 casos de malaria, más de 20.000 casos de dengue clásico, 1.093 de dengue hemorrágico, 748 de sífilis congénita... Las tasas de cobertura vacúnales disminuyen de forma rápida y continua.

-La prevención y promoción de la salud se han convertido en tareas asistenciales con una baja cobertura.

Ley 715 del 2001

Esta Ley dicta normas orgánicas de recursos y competencias, genera grave preocupación en los sectores más desfavorecidos. Según e la Ley asignan más recursos mediante la UPC (Unidad de pago por Capitación) El problema viene en lo que se entiende por pobres, dependiendo de la definición que utilice el gobierno: millones de personas entrarían al no bajo ese concepto.

Con el incremento de la pobreza en los últimos años del 55% al 60% de la población, los pobres no incluidos en el SISBEN superan los 14

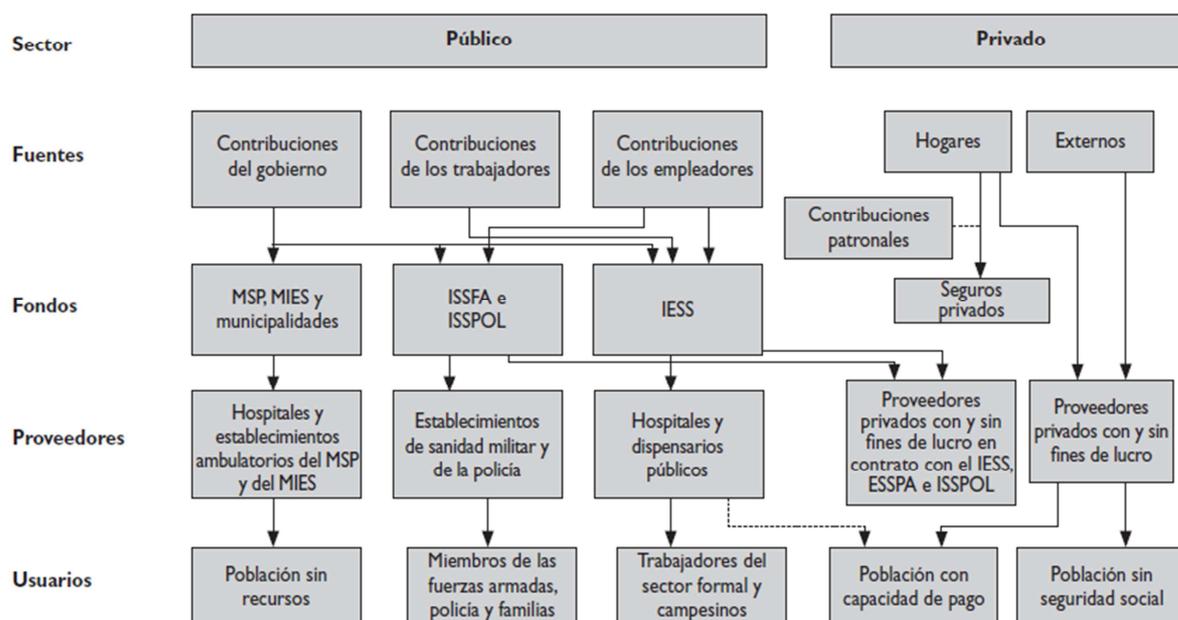
millones por estar por debajo de la renta media nacional, el número de pobres en Colombia es 32 millones.

La UPC es definida por el gobierno para subvencionar a la salud de los pobres, según la Ley 715; el gasto que el gobierno presupuesta para salud en 2002 es nueve veces inferior a lo que se va a pagar en este año (Esteban, Amaro, & Basallo, 2004).

2.8.1.3. Sistema de Salud Ecuatoriano

El sistema de salud de Ecuador está compuesto por dos sectores, público y privado (OPS, 2008). El sector público comprende al Ministerio de Salud Pública (MSP), el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), los servicios de salud de las municipalidades y las instituciones de seguridad social [Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) e Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL)]. El MSP ofrece servicios de atención de salud a toda la población. El MIES y las municipalidades cuentan con programas y establecimientos de salud en los que también brindan atención a la población no asegurada. Las instituciones de seguridad social cubren a la población asalariada afiliada. El sector privado comprende entidades con fines de lucro (hospitales, clínicas, dispensarios, consultorios, farmacias y empresas de medicina prepagada) y organizaciones no lucrativas de la sociedad civil y de servicio social. Los seguros privados y empresas de medicina prepagada cubren aproximadamente a 3% de la población perteneciente a estratos de ingresos medios y altos. Además, existen cerca de 10 000 consultorios médicos particulares, en general dotados de

infraestructura y tecnología elementales, ubicados en las principales ciudades y en los que la población suele hacer pagos directos de bolsillo en el momento de recibir la atención (Lucio, Villacrés, & Henríquez, 2011).



MSP: Ministerio de Salud Pública
MIES: Ministerio de Inclusión Económica y Social
ISSFA: Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas
ISSPOL: Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional
IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

Fuente: Lucio, Villacrés, & Henríquez, 2011

Gráfico 6: Estructura del sistema de salud ecuatoriano.

El MSP, con la provisión más amplia de servicios del país, 47% de unidades ambulatorias y hospitalarias, y los hospitales de referencia nacional más grandes del país, cubre alrededor del 51% de la población ecuatoriana.

Los trabajadores del sector formal de la economía, incluyendo al sector campesino, tienen derecho a afiliarse al IESS. Este instituto cubre por lo menos a 20% del total de la población ecuatoriana.

El ISSFA y el ISSPOL cubren a poco más de 5% de la población con seguros públicos, que representan 2% de la PEA. La cobertura de salud de estos sistemas es familiar e incluye a los hijos hasta los 25 años de edad.

En resumen, si bien la ley proclama la cobertura universal en salud, en los hechos todavía existe una limitada cobertura real con servicios cuya calidad no siempre es la óptima.

Los ecuatorianos que mayores beneficios en salud reciben son aquellos que están cubiertos por alguno de los institutos de seguridad social. Los beneficiarios del IESS están protegidos contra la contingencia de enfermedad por las siguientes prestaciones: asistencia médica, quirúrgica, dental y farmacológica integral.

Estas prestaciones incluyen consulta externa, urgencias, medicina curativa, preventiva y de rehabilitación mediante la provisión de ortesis y prótesis; atención quirúrgica y hospitalización; atención médica domiciliaria; subsidio en dinero por enfermedad, y atención en unidades médicas ajenas al IESS. Los beneficiarios del IESS también reciben compensación de gastos médicos y atención médica mediante convenios suscritos con diversas clínicas privadas.

El ISSFA ofrece a sus miembros servicios de consulta externa, emergencia, hospitalización y medicina ambulatoria para pacientes aquejados por padecimientos crónicos graves. El titular tiene una cobertura de 100%, mientras que sus dependientes, excluyendo a los padres, tienen cobertura sólo para ciertas enfermedades.

El ISSPOL otorga servicios de asistencia médica, quirúrgica, obstétrica, odontológica, de hospitalización y farmacéutica, prótesis, ortesis y rehabilitación, así como acciones de medicina preventiva.

La mayor parte de la información oficial la genera el INEC, cuya misión es generar y difundir información estadística (en el caso del sector salud respecto a hechos vitales y servicios de salud) del país con el propósito de facilitar la evaluación del desarrollo de la sociedad y la economía. El Banco Central del Ecuador, como responsable de generar las cifras correspondientes a las cuentas nacionales, genera también información valiosa respecto a los principales índices macroeconómicos sobre gasto en salud.

En la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (LOSNS) de 2002 se establece que el MSP, con el apoyo del CONASA, es responsable de impulsar una política de investigación orientada a las prioridades nacionales y al desarrollo y transferencia de tecnología, teniendo en cuenta la realidad del país, para lo cual debe mantener un enfoque pluricultural que incluya la promoción y el desarrollo de la medicina tradicional.

Una referencia estandarizada sobre la situación de la investigación científica es el número de profesionales que obtienen títulos académicos de posgrado.

La Constitución enfatiza fuertemente la necesidad de recuperar la regulación para el Estado ecuatoriano y señala que al MSP corresponde el ejercicio de la rectoría en salud, así como la responsabilidad de la aplicación,

control y vigilancia del cumplimiento de la LOSNS y las normas dictadas para su vigencia.

El MSP tiene una Dirección de Salud en cada provincia y en su interior áreas de salud que son circunscripciones geográfico-poblacionales. Estas áreas funcionan como unidades de desconcentración programática, administrativa y presupuestaria de las cuales dependen los servicios básicos de salud.

A partir de 2010, con la emisión de la nueva estructura territorial ecuatoriana, se está produciendo una reorganización que tendría coincidencia territorial al menos para los ámbitos de salud, educación e inclusión social. Se está estructurando el país en regiones, provincias, distritos y circuitos.

El MSP también ejerce la rectoría de las entidades de salud mediante el otorgamiento del permiso de funcionamiento a las empresas de salud tanto públicas como privadas y de medicina prepagada. Además del MSP, varias entidades participan en la supervisión y regulación, de acuerdo con su ámbito de competencia, de la actividad de las diferentes instituciones que componen el sistema de salud de Ecuador. La Contraloría General del Estado se encarga, en el ámbito financiero, de controlar los hospitales y las unidades médicas, y examina y evalúa la gestión financiera, administrativa y operativa de entidades donde el Estado tiene participación.

La Superintendencia de Compañías autoriza la constitución de entidades de medicina prepagada y la Superintendencia de Bancos y Seguros (SBS) ejerce el control sobre las unidades médicas del IESS

conforme a la Ley de Seguridad Social. La inclusión de la SBS como organismo de control dentro del sistema de salud es producto de la Ley de Seguridad Social de 2001.

Otra de las funciones del MSP es normar, regular y controlar las actividades realizadas por entidades públicas y privadas que se vinculan con la salud de las personas y el medio ambiente.

En la atención de salud son poco estructurados todavía los controles del MSP. En el caso del IESS se ha emprendido en el último año un interesante proceso de fortalecimiento de auditoría técnica previo a los pagos. ISSFA e ISSPOL, por su parte, cuentan con sistemas de auditoría técnica desde hace varios años, lo cual les ha permitido mantener la calidad del servicio y contener costos.

Posiblemente el mayor impacto de las innovaciones recientes sea la ampliación de la coordinación interinstitucional. Hasta 1998 cada institución del sector salud en Ecuador mantenía un esquema de organización, gestión y financiamiento particular sin mecanismo alguno de articulación y coordinación interinstitucional. Con la reforma de 2008, que definió el derecho a la salud, su promoción y protección, y al MSP como rector expreso, se han logrado condiciones favorables para la articulación del sector.

La inclusión de la SBS como parte de los organismos de control en el sector salud, específicamente a lo que se denominó Sistema de Seguridad Social, ha generado ya resultados interesantes que expresan la necesidad de entidades de control tipo superintendencias.

2.9. Migración de personas Colombianas a Ecuador.

Colombia 600 Km de frontera con el Ecuador, desde la costa Pacífica al occidente hasta la zona Amazónica al oriente. Los departamentos colombianos fronterizos con Ecuador: Nariño, Putumayo y Amazonas son algunas de las zonas más afectadas por el conflicto interno en Colombia. La situación en la frontera es tensa y ha desembocado en varios incidentes de seguridad que tienen un fuerte impacto tanto en los refugiados en territorio ecuatoriano, como en los desplazados internos que se encuentran en Colombia (ACNUR, 2011).

En Ecuador ingresan 1 500 colombianos cada mes y 18 mil al año huyendo de la violencia en su país, lo que hace de la nación andina el principal receptor de refugiados de América Latina (Diario Hoy, 2011).

Dentro de los diferentes grupos de población colombiana migrante que llegan a diario a Ecuador se encuentra la población colombiana en situación de refugio. Al hablar de “población colombiana en situación de refugio” nos referimos a personas que salieron de su país (Colombia) por motivos de violencia siendo el 98%, en donde hay unos 5 millones de desplazados, y al llegar al Ecuador se convierten en: Refugiados de hecho, Solicitantes de refugio, Personas con el estatus reconocido de refugiado, Personas que fueron rechazadas, Apelantes y/o personas que no solicitan refugio por motivos de seguridad, por desinformación o simplemente porque no desean hacerlo.

Es importante notar que la mayoría de la población colombiana que llega a Ecuador huyendo de la violencia no solicita refugio. Sin embargo, la

invisibilidad y el anonimato, muchas veces asumidos como mecanismos de protección (frente a los grupos armados colombianos, las posibles deportaciones y el estigma de ser "refugiado") (Montes, 2004). De igual manera al retornar a su país tampoco no pueden ser incluidos en el Sistema de Información de Población Desplazada (SIPOD), ni acceder a los programas del Estado colombiano ya que jurídicamente no son considerados población desplazada debido a que en la Ley 387 de 1997 se especifica que desplazado es "toda persona que se ha visto forzada a migrar dentro del territorio nacional". Este limbo jurídico crea un gran número de personas a quienes se les han vulnerado sus derechos y que no encuentran forma de acceder a ayudas ni como desplazado ni como refugiado para comenzar una nueva vida después de haber abandonado su hogar (Universidad Alberto Hurtado, 2012).

El constante aumento de solicitudes de refugio en Ecuador en los últimos años, podría estar explicado por varios factores, entre los que resaltamos: la intensificación del conflicto armado al interior de Colombia que empuja a un mayor número de colombianos a salir diariamente de su país, una mayor información al interior de Colombia sobre el proceso de refugio en Ecuador y también por ser este hasta el momento el país fronterizo a Colombia, que reconoce el estatuto de refugiado a población colombiana con no tantas dificultades (Eguiguren, 2004).

El cuanto al aspecto económico Ecuador se ha convertido en un país atractivo para la inmigración debido a que, desde el año 2000, su unidad monetaria es el dólar. En el primer trimestre del 2011 los ciudadanos

extranjeros que residen en este país andino enviaron 15,8 millones de dólares a sus países de origen.

Según cifras del Banco Central del Ecuador (BCE), el monto es menor en 11,7% al registrado en igual período del año pasado, cuando salieron 17,2 millones de dólares.

De acuerdo con el estudio del BCE, la mayoría de inmigrantes trabaja en sectores informales de la economía, en áreas como servicios, construcción, comercio, minería, hoteles y restaurantes.

Los ciudadanos colombianos aportan con el 47,4% del total con 7,5 millones de dólares. Según cifras oficiales, en el Ecuador residen aproximadamente 750 mil colombianos, de los cuales 135 mil son personas en condición de refugiadas y 60 mil de ellas ya están registradas para acceder a beneficios (Noticias.ec, 2011).

2.9.1. Refugio o Asilo Humanitario

El asilo humanitario es la práctica de ciertas naciones de aceptar en su suelo a inmigrantes que se han visto obligados a abandonar su país de origen debido al peligro que corrían por causas raciales, religiosas, guerras civiles, catástrofes naturales, etc.

Los refugiados se ven forzados a huir porque no disponen de la suficiente protección por parte del gobierno de su propio país. En el Ecuador, la mayoría de refugiados son colombianos, sin embargo en los últimos meses se han incrementado refugiados provenientes de Cuba.

Existen varias razones por las que se solicita asilo en determinados países. Según el ACNUR (2009), esto se debe a que en los países de destino se cuenta con un sistema de protección internacional de calidad, porque existen redes sociales, por el conocimiento que se tiene de las condiciones de acogida y por la creencia de que en algunos países hay mayor facilidad para lograr el estatus de refugiado (OIM, 2010).

En el Ecuador la decisión de reconocer o no a una persona como refugiada la toma el Gobierno del Ecuador a través de la “Comisión para Determinar la Condición de Refugiados en el Ecuador”. Esta Comisión es el organismo del Gobierno Ecuatoriano encargado de evaluar y decidir si acepta o no la solicitud de refugio/asilo. Este organismo está integrado por dos representantes del Ministerio de Relaciones Exteriores y un representante del Ministerio de Gobierno. Representantes del ACNUR también participan en estas reuniones únicamente como observadores, con voz pero sin voto.

Todas las personas refugiadas y solicitantes de la condición de refugiado desde el registro de sus solicitudes hasta el momento en el que reciben una respuesta definitiva por parte del Gobierno, estarán bajo la protección del Ecuador y no podrán ser expulsados, deportados o devueltos al territorio donde sus vidas, seguridad, libertad e integridad estén amenazadas (Art. 66, número 14 Constitución del Ecuador).

Cuando un colombiano se registra como refugiado tiene acceso a los servicios públicos de salud y educación, pero gran número de la población se encuentra fuera del registro y no tiene acceso a estos debido a desinformación, miedo a las autoridades, dilatación de los programas, entre

otros. Al retornar a su país tampoco pueden ser incluidos en el Sistema de Información de Población Desplazada (SIPOD), ni acceder a los programas del Estado colombiano ya que jurídicamente no son considerados población desplazada debido a que en la Ley 387 de 1997 se especifica que desplazado es “toda persona que se ha visto forzada a migrar dentro del territorio nacional”. Este limbo jurídico crea un gran número de personas a quienes se les han vulnerado sus derechos y que no encuentran forma de acceder a ayudas -ni como desplazado ni como refugiado para comenzar una nueva vida después de haber abandonado su hogar.

PROCESO DE REFUGIO EN EL ECUADOR

Las solicitudes de refugio pueden ser presentadas en Quito o cualquier Regional de la Dirección General de Refugiados del Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio e Integración.

Una vez registrados, los solicitantes reciben un permiso provisional de permanencia en el Ecuador. Dicho permiso tiene una validez de 90 días, que son renovados tantas veces como sean necesarias, hasta que se conozca el resultado definitivo de la solicitud. Si dichos solicitantes estuviesen asentados en las provincias fronterizas, pueden acercarse a la regional más cercana a su domicilio para obtener el certificado de solicitante de asilo.

Una vez extendido el permiso provisional de 90 días, el Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio e Integración debe realizar la entrevista al solicitante. Sobre la base de esta entrevistas la Comisión para determinar la Condición de los Refugiados en el Ecuador, conformada por Representantes del Ministerio del Interior, del Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio e

Integración (ambos con voz y voto), del ACNUR (como asesor, sin derecho a voto) conoce, estudia, analiza y resuelve sobre cada caso.

Posteriormente el Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio e Integración notifica del resultado al solicitante (Ministerio de Relaciones Exteriores, 2012).

Si la solicitud ha sido aceptada, el peticionario recibe la visa 12-IV que acredita la condición de refugiado. Esta le otorga una permanencia legal indefinida, con los mismos derechos y obligaciones que establece la Constitución de la República para los extranjeros residentes en el país, en su Capítulo II, Artículos 13, 14 y 15.

Si la solicitud ha sido negada, el peticionario tiene derecho a apelar la decisión de la Comisión dentro de los treinta días posteriores de que ha sido conocida por el requirente la notificación. El solicitante puede permanecer en el país hasta que su situación sea resuelta, en última instancia, por el Ministro de Relaciones Exteriores, Comercio e Integración, quien tiene treinta días para emitir la resolución. En caso de que la solicitud sea negada definitivamente, el reglamento establece que se le otorgará un plazo razonable para que obtenga la admisión en un tercer Estado o para que tramite otro tipo de visa que legalice su permanencia en el país.

2.10. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud

Actualmente, en instituciones tanto públicas como privadas del Sector Salud, existe un creciente interés por evaluar el conocimiento en aspectos

relacionados con la calidad de la atención; para mejorarla, en los sistemas de salud se han desarrollado diversas acciones como: la organización de comités de mortalidad; grupos de consenso encargados de evaluar la optimización de las técnicas; comités y círculos de calidad; sistemas de monitoria, y la aplicación de encuestas de opinión a proveedores y usuarios, entre otros.

Evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario es cada vez más común. A partir de ello, es posible obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes asociados en relación con la atención recibida, con los cuales se adquiere información que beneficia a la organización otorgante de los servicios de salud, a los prestadores directos y a los usuarios mismos en sus necesidades y expectativas.

Este método representa una de las formas más rápidas para evaluar aspectos de la calidad de los servicios y ofrece beneficios a un costo relativamente bajo. Por ejemplo, es posible formular preguntas con el fin de llevar a cabo estudios de mercado acerca de innovaciones en los servicios de salud, identificar oportunamente a pacientes de alto riesgo, tener mayor control en la planeación de los servicios, identificar las quejas de los pacientes descontentos y, además, minimizar los daños a la organización, como es el caso de las demandas legales. Asimismo, es posible documentar los diferentes niveles de desempeño laboral y facilitar la evaluación, de tal forma que contribuya a la mejoría en la calidad de la atención mediante el establecimiento de estándares de desempeño, esto a pesar de la existencia de dudas sobre la capacidad que tiene el usuario para hacer juicios de valor sobre los aspectos técnicos de la atención.

Las bases conceptuales y metodológicas sobre la calidad de la atención, publicadas en los ámbitos nacional e internacional durante los últimos 10 años, se han venido justificando en el modelo desarrollado por Donabedian. El análisis de la calidad a partir de las tres dimensiones que propone el autor (estructura, proceso y resultado) ha sido una contribución importante, pues permite medir ordenadamente las variables ligadas a la calidad de los servicios de salud. Este esquema supone que los resultados realmente son consecuencia de la atención proporcionada, lo cual implica que no todos los resultados puedan ser fácil y exclusivamente imputables a los procesos, y no todos los procesos dependerán directa y unívocamente de la estructura.

Con base en lo anterior, se desprende el análisis de la satisfacción de los usuarios, vista como un indicador de la dimensión de resultado, a partir del cual se puede obtener la opinión acerca de los aspectos de la estructura (comodidades, instalaciones físicas, organización), el proceso (procedimientos y acciones realizadas en la consulta) y el resultado (cambios en el estado de salud y la percepción general de la atención recibida). También se puede obtener información sobre aquellas características de los servicios que facilitan u obstaculizan los esfuerzos del usuario para obtener atención (accesibilidad). En ocasiones, la accesibilidad se traslapa conceptualmente con la definición de calidad, ya que aquélla abarca fenómenos que tienen repercusiones directas en la atención, como son los tiempos de espera, los horarios del servicio o los costos de la misma, que en conjunto se consideran como características de la accesibilidad a las organizaciones.

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA

3.4. Tipo de estudio

El presente estudio realizado es de tipo:

Descriptivo.- Este estudio recopiló y presentó datos para dar una idea clara sobre la demanda y los factores por los cuales acuden los usuarios colombianos a los diferentes servicios del Hospital Luis G. Dávila de Tulcán.

Transversal.- Porque la investigación se centró en analizar la demanda y los factores que intervienen en esta en un determinado periodo de estudio.

3.5. Diseño de la investigación

El diseño de estudio es de carácter no experimental cuali-cuantitativo, debido a que el objeto de estudio son personas y porcentajes.

3.6. Lugar de Estudio

El presente estudio fue realizado en el Hospital Luis Gabriel Dávila ubicado en la Provincia del Carchi, Cantón Tulcán, en las calles 10 de Agosto y Tungurahua.

3.7. Población o Universo

Se utilizó el total de la población de usuarios colombianos que se han atendido en los servicios del Hospital Luis Gabriel Dávila en el periodo Enero a Julio del 2012 siendo 1627 pacientes, datos que fueron obtenidos en estadística con la de revisión de Historias Clínicas.

3.8. Técnicas de Recolección de Datos

Como técnicas de recolección de datos utilizamos:

3.8.1. Revisión de Historia Clínica

Este registro permitió verificar el historial individual de los usuarios colombianas que fueron atendidas, dando seguimiento a saber cuáles fueron las causas de la demanda de dichos pacientes.

3.8.2. Encuestas

La encuesta está estructurada con preguntas abiertas y cerradas, se obtuvo información para saber cuáles fueron las causas de la demanda y la calidad de atención percibida por parte de los usuarios de nacionalidad colombiana que asistieron al Hospital Luis Gabriel Dávila para recibir atención médica.

3.9. Análisis e Interpretación de datos

Los datos obtenidos a través del Departamento de Estadística y de las Encuestas individuales, fueron organizados para el procesamiento, tabulación, diseño de tablas y gráficos estadísticos, para lo cual se utilizó el programa computarizado de Microsoft Office Excel, cada uno de los gráficos tiene su correspondiente interpretación en la cual se detalla los porcentajes más importantes y su correspondiente análisis.

3.10. Validez, Confiabilidad y Viabilidad

La presente investigación es viable ya que se pudo realizar el proyecto que se planteó, porque se dio apertura en el sitio delimitado como es el Hospital Luis Gabriel Dávila de Tulcán, determinando la realidad de la

demanda de usuarios colombianos en los servicios de la institución. Para validar la encuesta se realizó una prueba piloto, utilizando un cuestionario que se aplicó a los usuarios colombianos asistentes, lo que nos permitió corregir preguntas.

3.11. Variables

Variable independiente:

- Factores para determinar atención médica

Variables intervinientes:

- Nivel sociocultural.
- Calidad de atención percibida.

Variable dependiente:

- Demanda por usuarios de nacionalidad colombiana.

3.12. Matriz de Relación de Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Demanda por usuarios de nacionalidad colombiana	Porcentaje de usuarios colombianos que adquieren atención en un servicio de salud.	• Emergencia	Demanda de Usuarios en el servicio de Emergencia	Ecuatoriano y otras Colombiano
		• Consulta Externa	Demanda de Usuarios en el servicio de Consulta Externa	Ecuatoriano y otras Colombiano
		• Medicina Interna	Demanda de Usuarios en el servicio de Medicina Interna	Ecuatoriano y otras Colombiano
		• Gineco-obstetricia	Demanda de Usuarios en el servicio de Gineco-obstetricia	Ecuatoriano y otras Colombiano
		• Pediatría	Demanda de Usuarios en el servicio de Pediatría	Ecuatoriano y otras Colombiano
Calidad de Atención percibida	Capacidad de satisfacer los deseos de las personas.	• Atención recibida	Percepción de atención recibida por parte de usuarios colombianos	Muy buena Buena Regular Mala
		• Privacidad en la atención	Percepción de usuarios en privacidad de atención de salud	SI NO

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
		<ul style="list-style-type: none"> • Problemas al acceso de servicios 	Percepción de los usuarios al tener problemas de acceso a los servicios	SI NO
		<ul style="list-style-type: none"> • Equidad en atención 	Percepción de los usuarios en atención de equidad de atención	MEJOR IGUAL PEOR
Factores para demandar atención médica.	Factores por la cuales los usuarios solicitan atención en una institución de salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Causa de atención 	Motivo de consulta a causa de recibir atención	Atención de parto Enfermedad Emergencia Oftalmología
		<ul style="list-style-type: none"> • Razón de adquirir servicios de salud 	Percepción de usuarios al adquirir servicios de salud	Gratuidad Calidad Otros
		<ul style="list-style-type: none"> • Recomendación a otras personas 	Percepción de los usuarios a recomendar a otras personas que soliciten servicios de salud	SI NO

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
		<ul style="list-style-type: none"> • Veces de solicitar servicios 	Motivo de consulta y número de veces que necesita atención	Primera vez Dos veces Más de tres veces
		<ul style="list-style-type: none"> • Diferencia de atención Ecuador y Colombia 	Percepción que existe entre calidad de atención entre Ecuador y Colombia	POCO MUCHO NADA
Nivel sociocultural	Elementos dependientes, a la vez de un grupo social específico y de la cultura a la que se pertenece	<ul style="list-style-type: none"> • Estado civil 	Case o condición a la cual está sujeta la vida de cada uno.	Soltera Casada Divorciada Unión Libre Viuda
		<ul style="list-style-type: none"> • Instrucción 	Curso que sigue un proceso o expediente que se está formando o instruyendo.	Primaria Secundaria Superior Ninguna

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
		• Ocupación	Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra ocupación	Ama de casa Estudiante Jornalero Comerciante Servidor Público
		• Procedencia	Lugar de donde proviene	Departamento Barrio
		• Sexo	Diferencia física y de conducta que distingue a los organismos individuales, según las funciones que realizan en los procesos de reproducción.	Masculino Femenino
		• Edad	Lapso de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el instante que se estima de la existencia de una persona.	menos 15 15-20 21-30 31-40 41-65 65 a mas

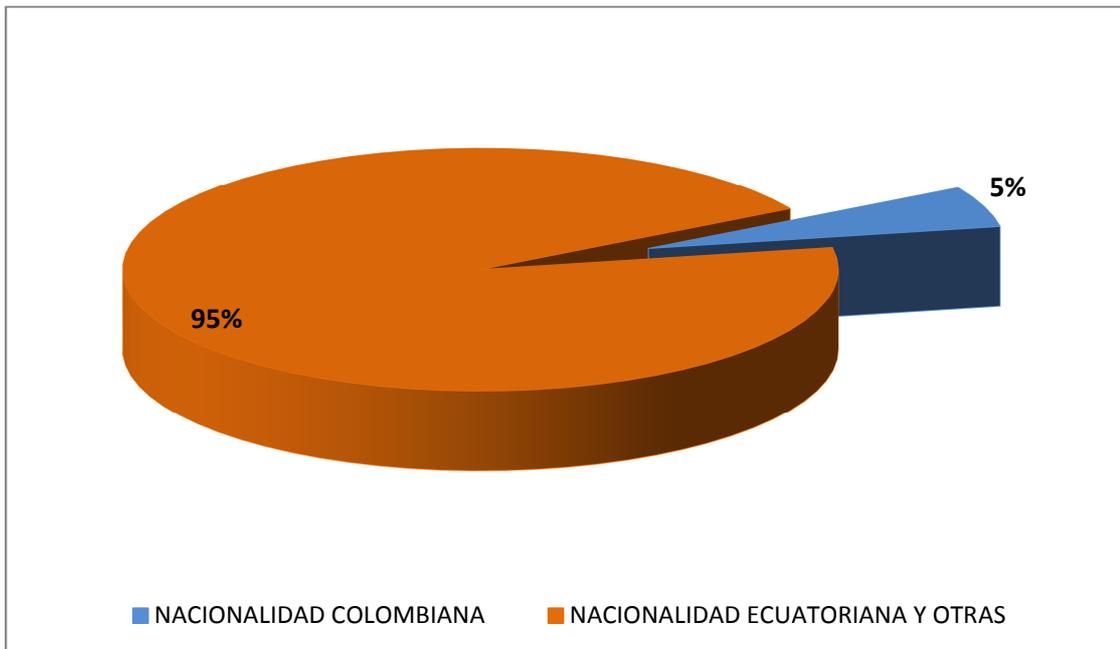
CAPITULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

TABLA Y GRÁFICO Nº 1:

DEMANDA DE USUARIOS COLOMBIANOS EN EL HOSPITAL LUIS GABRIEL. DÁVILA PERIODO DE ENERO A JULIO 2012

DEMANDA	FRECUENCIA	PROCENTAJE
COLOMBIANA	1.627	5,45%
ECUATORIANA Y OTRAS	28.225	94,55%
TOTAL	29.852	100%



Fuente: Archivos del departamento de estadísticas HLGD

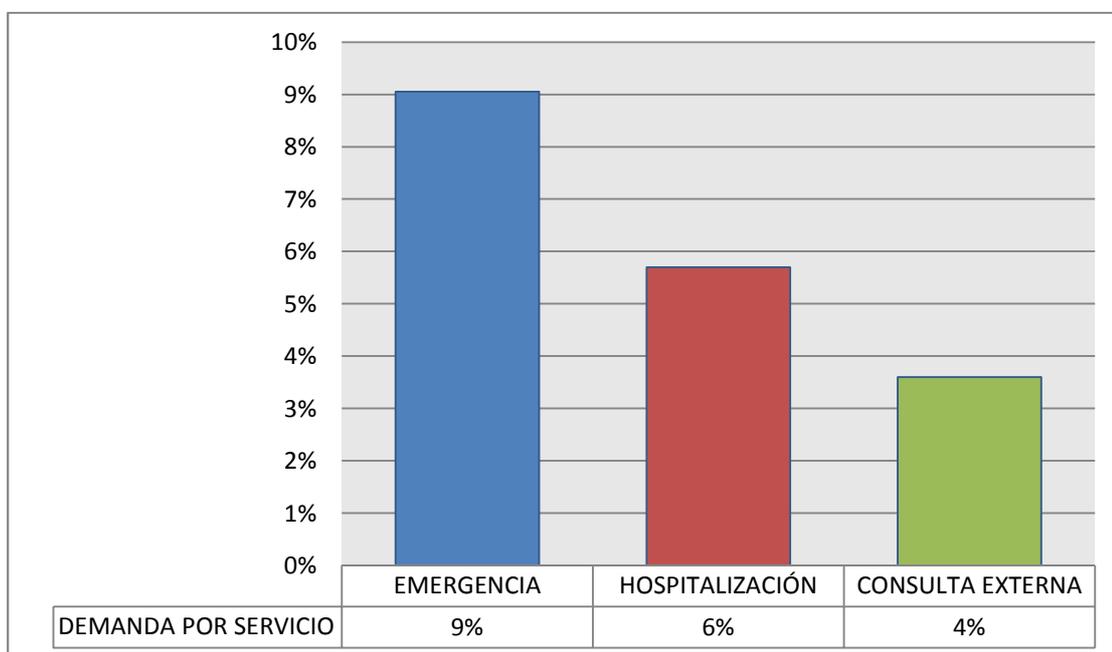
Autores: Almeida Mayra y Villota Gustavo

Análisis: El gráfico nos muestra la demanda de pacientes de nacionalidad colombiana en el Hospital Luis Gabriel Dávila, que es del 5% determinado por los usuarios que adquirieron atención, siendo esta la demanda registrada debido a que los datos se obtuvieron de los formularios de la historia clínica que tienen registrada la nacionalidad.

TABLA Y GRÁFICO Nº 2:

DEMANDA DE PACIENTES COLOMBIANOS POR SERVICIOS EN EL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA PERIODO ENERO-JULIO 2012

SERVICIOS	PACIENTES NACIONALIDAD COLOMBIANA	PACIENTES NACIONALIDAD ECUATORIANA Y OTRAS	PORCENTAJE
EMERGENCIA	898	9920	9,05%
HOSPITALIZACIÓN	124	2.163	5,73%
CONSULTA EXTERNA	603	16.741	3,60%
TOTAL	1.627	29.852	5,45%



Fuente: Archivos del departamento de estadísticas HLGD

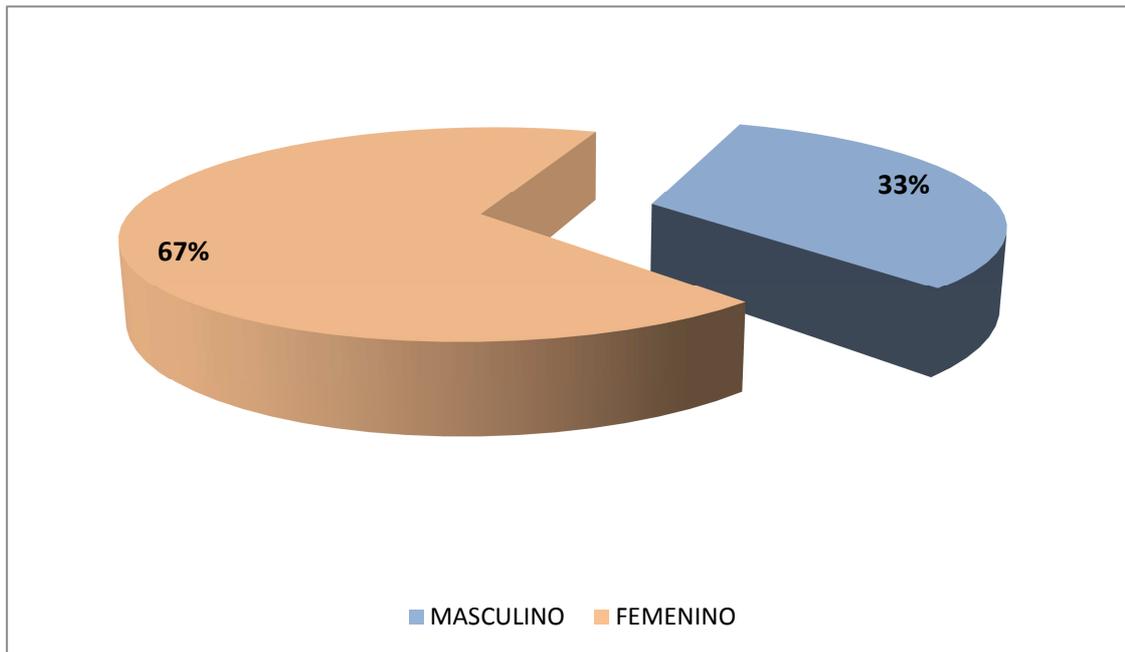
Autores: Almeida Mayra y Villota Gustavo

Análisis: El gráfico muestra la demanda tomando en cuenta el total de atenciones en cada servicio, siendo Emergencia el predominante con el 9%, debido a la facilidad de acceso que presenta para adquirir asistencia médica, seguida por Hospitalización con el 6% presentando su mayoría en el servicio de Gineco-obstetricia y por último Consulta Externa con el 4%.

TABLA Y GRÁFICO N° 3:

DISTRIBUCION DE USUARIOS COLOMBIANOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA SEGÚN GÉNERO PERIODO DE ENERO-JULIO 2012.

GÉNERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	292	33%
FEMENINO	606	67%
TOTAL	898	100%



Fuente: Formularios HCU HLGD

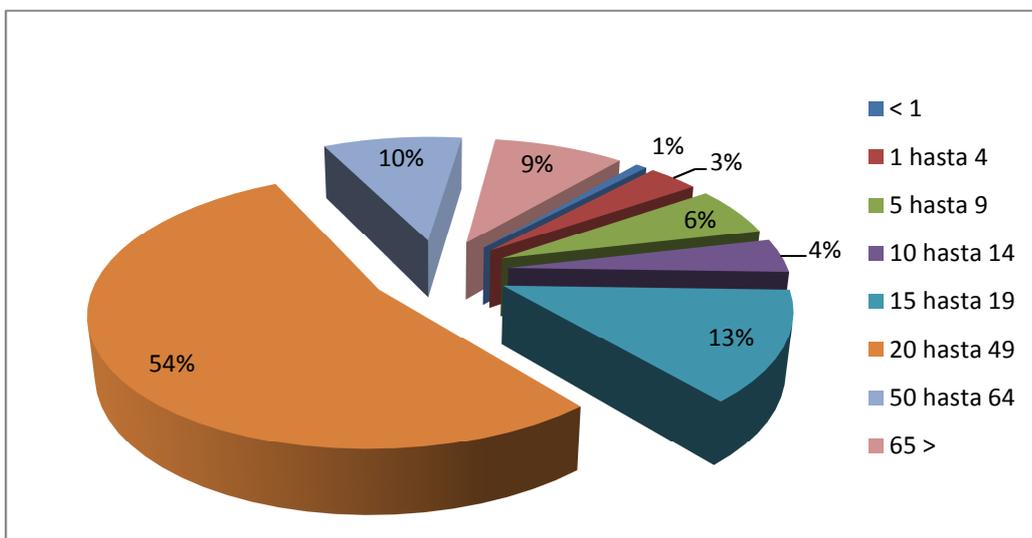
Autores: Almeida Mayra y Villota Gustavo

Análisis: El gráfico muestra que la mayor demanda en el servicio de Emergencia según el género es femenino, con un 67% los cuales demandaron atención por problemas en el embarazo y culminación del mismo entre otras patologías, según estadísticas migratorias los colombianos en su mayor parte son mujeres, el porcentaje restante es masculino.

TABLA Y GRÁFICO Nº 4:

DISTRIBUCION DE USUARIOS COLOMBIANOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA SEGÚN GRUPO ETARIO PERIODO DE ENERO-JULIO 2012.

GRUPO ETARIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
< 1	7	1%
1 hasta 4	31	3%
5 hasta 9	54	6%
10 hasta 14	37	4%
15 hasta 19	120	13%
20 hasta 49	484	54%
50 hasta 64	85	10%
65 >	80	9%
TOTAL	898	100%



Fuente: Formularios HCU HLGD

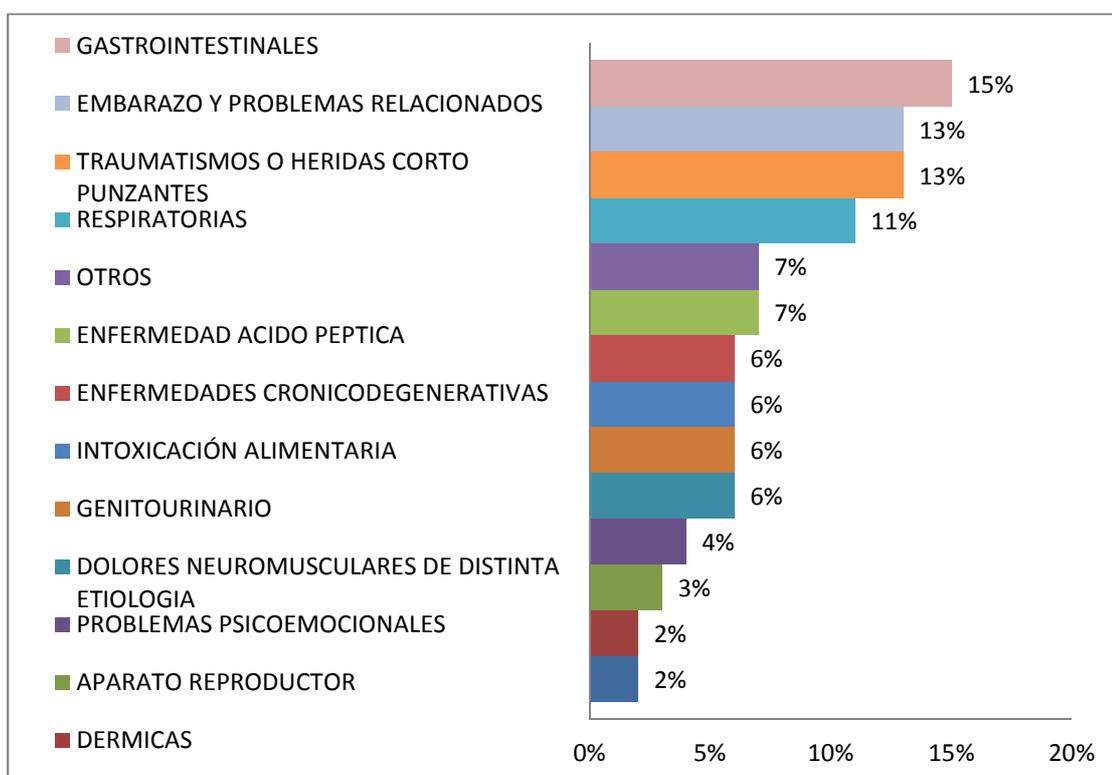
Autores: Almeida Mayra y Villota Gustavo

Análisis: La distribución de usuarios de nacionalidad colombiana en el Servicio de Emergencia en su mayoría es el grupo de 20 a 49 años con el 54%, seguido por adolescentes de 15 a 19 años, con 13% y adultos de 50 a 64 años con un 10%. Cabe recalcar que los grupos etarios se determinaron según la división que se encuentra en los formularios de la Historia Clínica.

TABLA Y GRÁFICO Nº 5:

DISTRIBUCION DE USUARIOS COLOMBIANOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA SEGÚN PATOLOGÍA PERIODO DE ENERO-JULIO 2012.

PATOLOGIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
GASTROINTESTINALES	132	15%
TRAUMATISMOS Y HERIDAS CORTOPUNZANTES	118	13%
EMBARAZO Y PROBLEMAS RELACIONADOS	114	13%
RESPIRATORIAS	97	11%
ENFERMEDAD ÁCIDO PÉPTICA	64	7%
OTROS	61	7%
DOLOR NEUROMUSCULAR DE DISTINTA ETIOLOGÍA	58	6%
GENITOURINARIO	53	6%
INTOXICACIÓN ALIMENTARIA	52	6%
ENFERMEDADES CRONICODEGENERATIVAS	50	6%
PROBLEMAS PSICOEMOCIONALES	33	4%
APARATO REPRODUCTOR	31	3%
INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA	20	2%
DÉRMICAS	16	2%
TOTAL	898	100%



Fuente: Formularios HCU HLGD

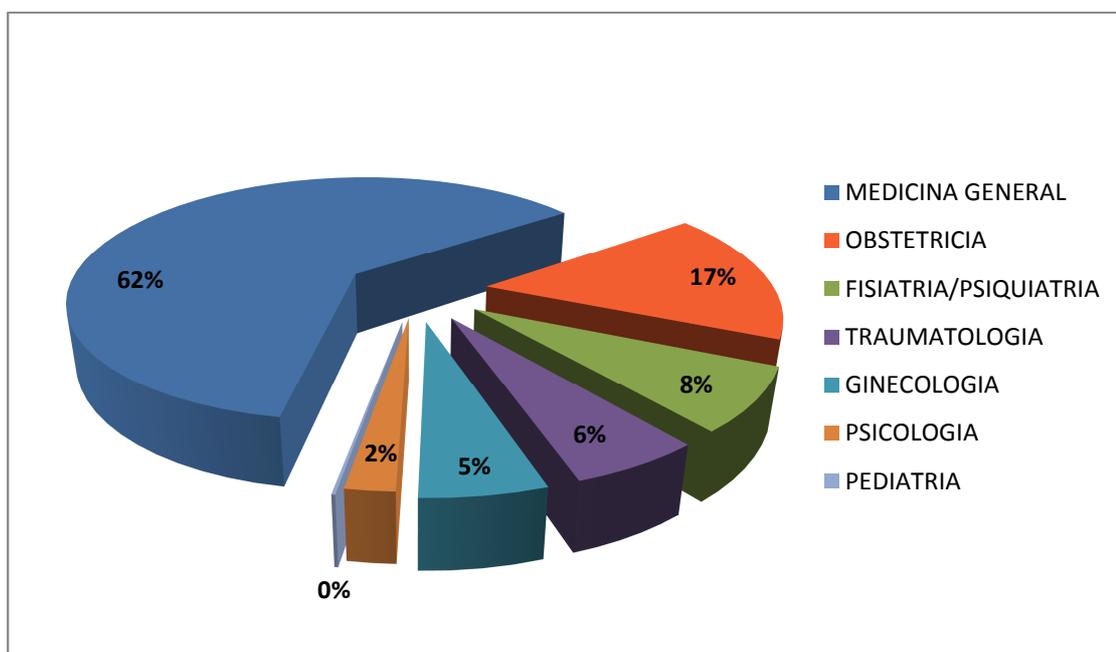
Autores: Almeida Mayra y Villota Gustavo

Análisis: El gráfico muestra que la principal patología por la que demandan servicios médicos los usuarios colombianos en Emergencia son enfermedades gastrointestinales que incluyen a Gastroenteritis Bacteriana Aguda, Enfermedad Diarreica Aguda, Cólicos y dolores abdominales en estudio, abdomen agudo, entre otras. Es de importancia recalcar que la Enfermedad Ácido Péptica con el 7% e Intoxicación Alimentaria con el 6% no fueron incluidas entre estas debido a la cantidad significativa de usuarios con este diagnóstico. En segundo lugar se encuentran los traumatismos y heridas cortopunzantes, seguidas por problemas relacionados con el embarazo siendo la principal Amenaza de Aborto y/o parto prematuro, parto no consta debido a que para este son ingresadas al servicio de Gineco-obstetricia. En cuarto lugar con un 11% las enfermedades de vías respiratorias.

TABLA Y GRÁFICO Nº 6:

DISTRIBUCION DE USUARIOS COLOMBIANOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA SEGÚN LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA PERIODO DE ENERO-JULIO 2012.

SERVICIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MEDICINA GENERAL	375	62,19%
OBSTETRICIA	100	16,58%
FISIATRIA/PSIQUIATRIA	46	7,63%
TRAUMATOLOGIA	35	5,80%
GINECOLOGIA	33	5,47%
PSICOLOGIA	13	2,16%
PEDIATRIA	1	0,17%
TOTAL	603	100%



Fuente: Formularios HCU del HLGD

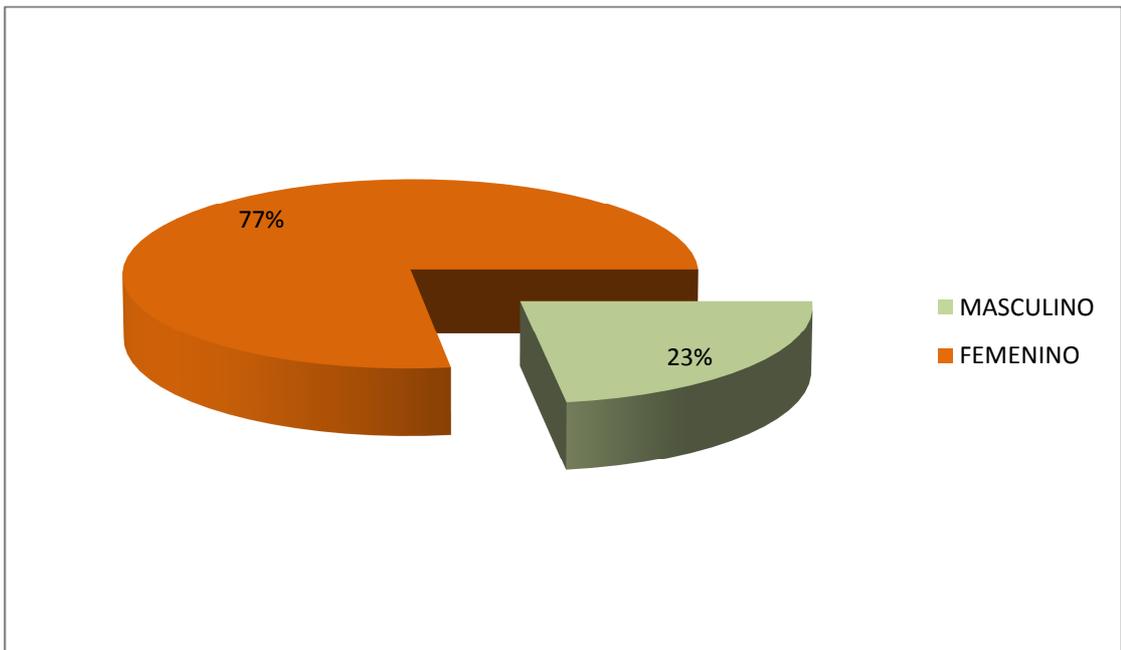
Autores: Almeida Mayra y Villota Gustavo

Análisis: El Servicio de Consulta Externa con mayor demanda es Medicina General, debido a que este consta con mayor número de consultorio y abarca más patologías. Seguido por Obstetricia con el 17%, Fisiatría y psiquiatría el 8% y con un 6% Traumatología.

TABLA Y GRÁFICO N° 7:

DISTRIBUCION DE USUARIOS COLOMBIANOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA SEGÚN GÉNERO PERIODO DE ENERO-JULIO 2012.

GÉNERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	137	23%
FEMENINO	466	77%
TOTAL	603	100%



Fuente: Formularios HCU del HLGD

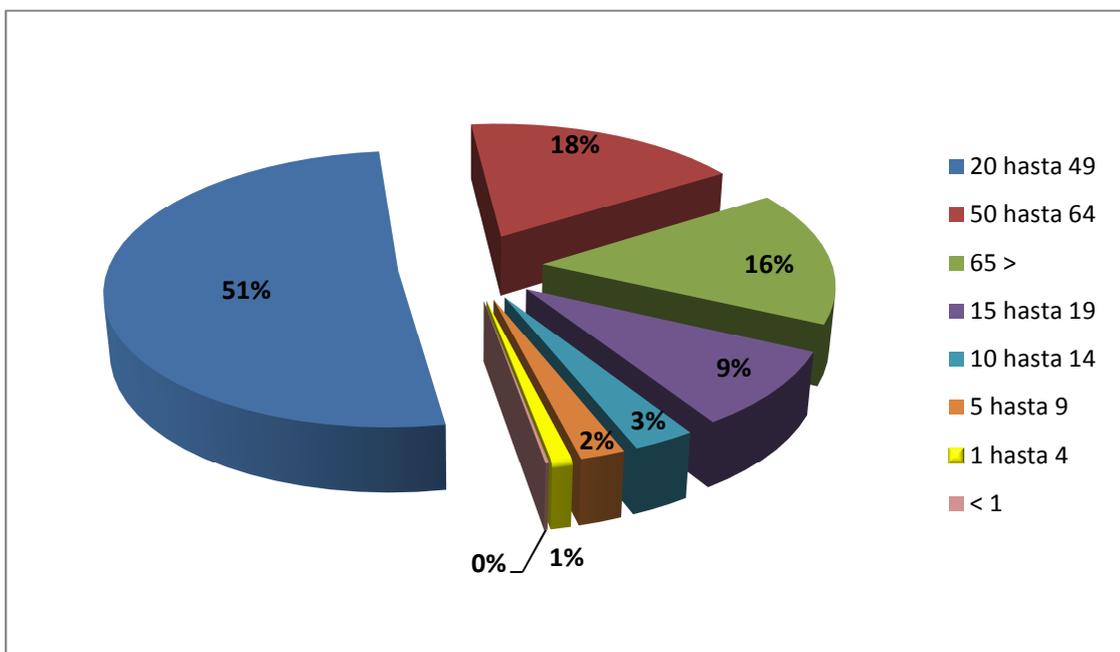
Autores: Almeida Mayra y Villota Gustavo

Análisis: La demanda mayoritaria de usuarios de nacionalidad colombiana en el Servicio de Consulta Externa es por el género femenino con un 77% y un 23% de masculino.

TABLA Y GRÁFICO N° 8:

DISTRIBUCION DE USUARIOS COLOMBIANOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA EN EL SEVICIO DE CONSULTA EXTERNA SEGÚN GRUPO ETARIO PERIODO DE ENERO-JULIO 2012.

GRUPO ETARIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
20 hasta 49	308	0,17%
50 hasta 64	107	1,00%
65 >	96	2,16%
15 hasta 19	54	2,99%
10 hasta 14	18	8,96%
5 hasta 9	13	51,08%
1 hasta 4	6	17,74%
< 1	1	15,92%
TOTAL	603	100%



Fuente: Formularios HCU del HLGD

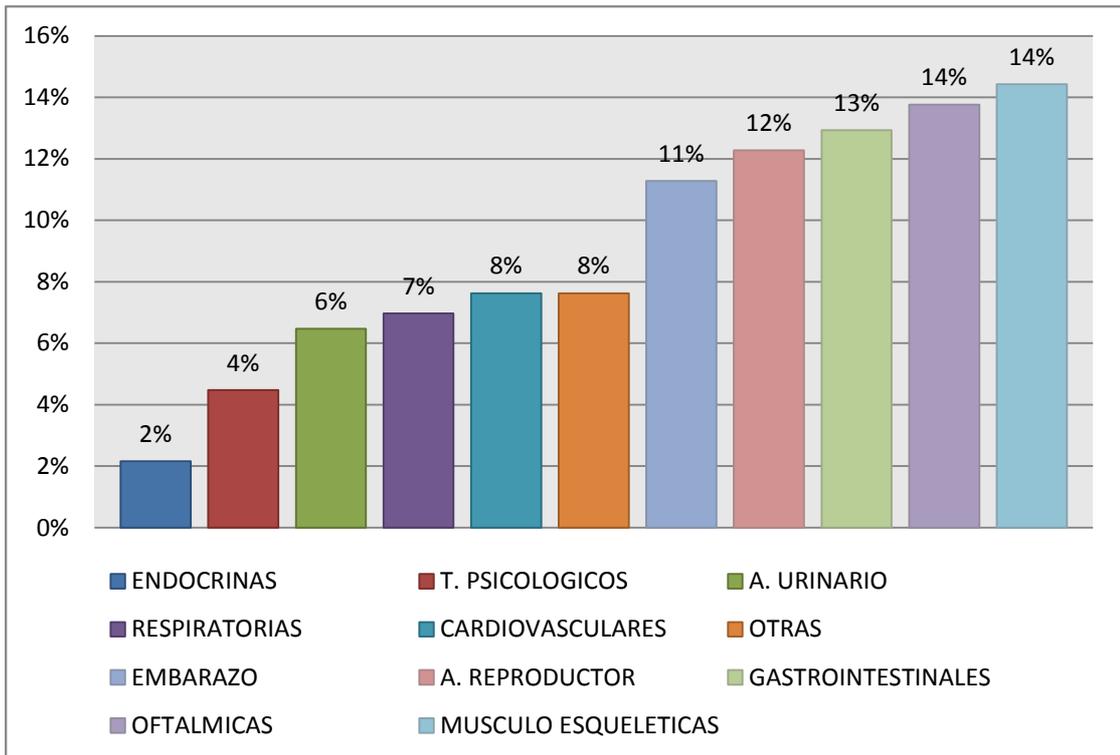
Autores: Almeida Mayra y Villota Gustavo

Análisis: La distribución de usuarios de nacionalidad colombiana según grupo etario en el Servicio de Consulta Externa, es en su mayoría de 20 a 49 años con un 51%, seguido por adultos de 50 a 64 años con el 18% y el 16% de adultos mayores con más de 65%.

TABLA Y GRÁFICO N° 9:

DISTRIBUCION DE USUARIOS COLOMBIANOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA SEGÚN PATOLOGÍAS PERIODO DE ENERO-JULIO 2012.

PATOLOGIAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUSCULO ESQUELETICAS	87	14,43%
OFTALMICAS	83	13,76%
GASTROINTESTINALES	78	12,94%
A. REPRODUCTOR	74	12,27%
EMBARAZO	68	11,28%
CARDIOVASCULARES	46	7,63%
OTRAS	46	7,63%
RESPIRATORIAS	42	6,97%
A. URINARIO	39	6,47%
T. PSICOLOGICOS	27	4,48%
ENDOCRINAS	13	2,16%
TOTAL	603	100,00%



Fuente: Formularios HCU del HLGD

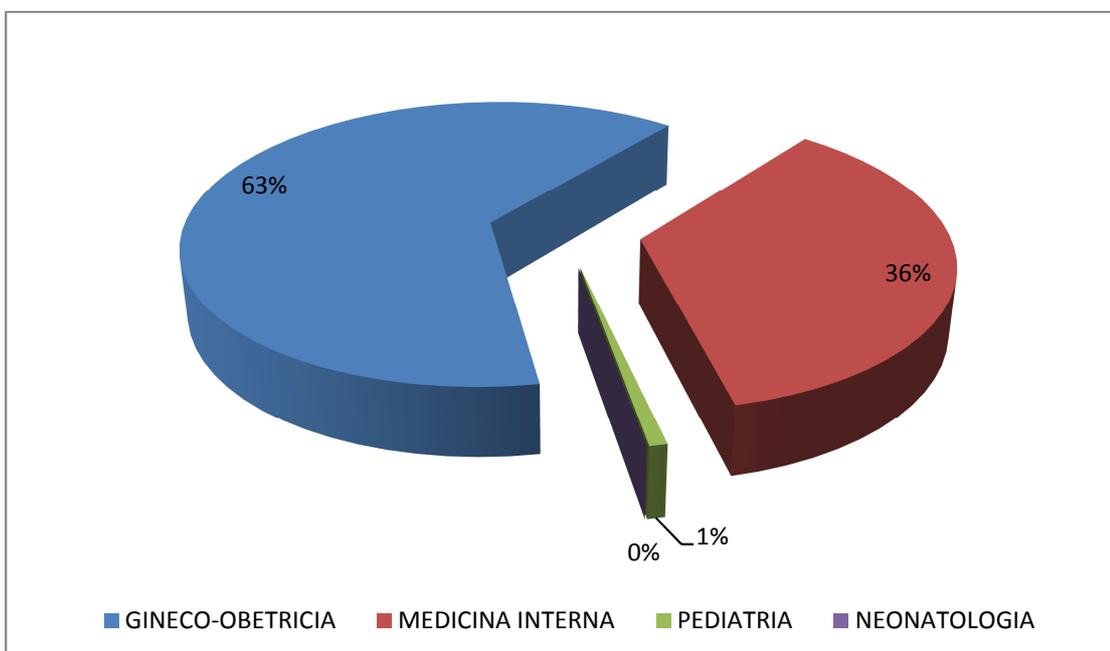
Autores: Almeida Mayra y Villota Gustavo

Análisis: El gráfico muestra que la principal patología por la que demandan servicios médicos los usuarios colombianos en Consulta Externa son las enfermedades músculo-esqueléticas con el 14,4% que incluye a lumbalgia, artralgias, artritis, luxaciones y fracturas; continuado con un 13,7 % por enfermedades oculares, debido al ingreso de un cirujano oftalmólogo y la campaña contra cataratas, en tercer lugar el 12.9% Enfermedades Gastrointestinales como Gastroenteritis Bacteriana Aguda, Enfermedad Ácido Péptica, y otras.

TABLA Y GRÁFICO N° 10:

DISTRIBUCION DE USUARIOS COLOMBIANOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA EN HOSPITALIZACIÓN SEGÚN SERVICIO PERIODO DE ENERO-JULIO 2012.

SERVICIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
GINECO-OBETRICIA	80	63,49%
MEDICINA INTERNA	45	35,71%
PEDIATRIA	1	0,79%
NEONATOLOGIA	0	0%
TOTAL	126	100%



Fuente: Formularios HCU del HLGD

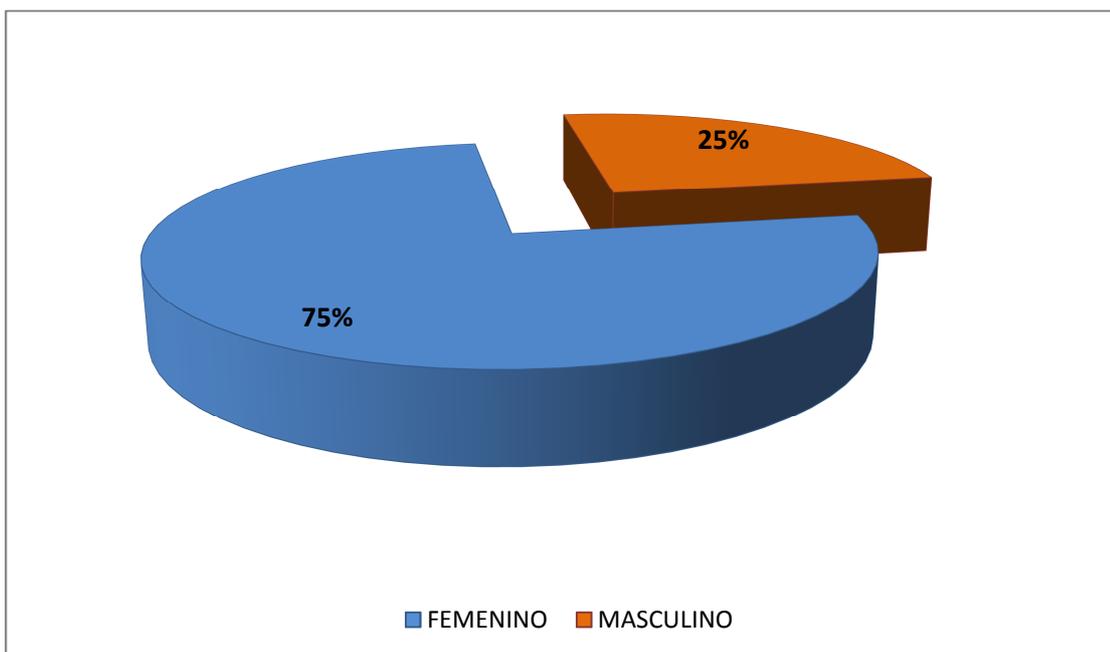
Autores: Almeida Mayra y Villota Gustavo

Análisis: El gráfico muestra que el servicio de Hospitalización con mayor cantidad de pacientes de nacionalidad colombiana es el de Gineco-obstetricia con 80 usuarias que equivalen al 63%, seguido por Medicina Interna con 36%, por último Pediatría con el 1%.

TABLA Y GRÁFICO N° 11:

DISTRIBUCION DE USUARIOS COLOMBIANOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA EN HOSPITALIZACIÓN SEGÚN GÉNERO PERIODO DE ENERO-JULIO 2012.

GÉNERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	95	75,39%
MASCULINO	31	24,60%
TOTAL	126	100%



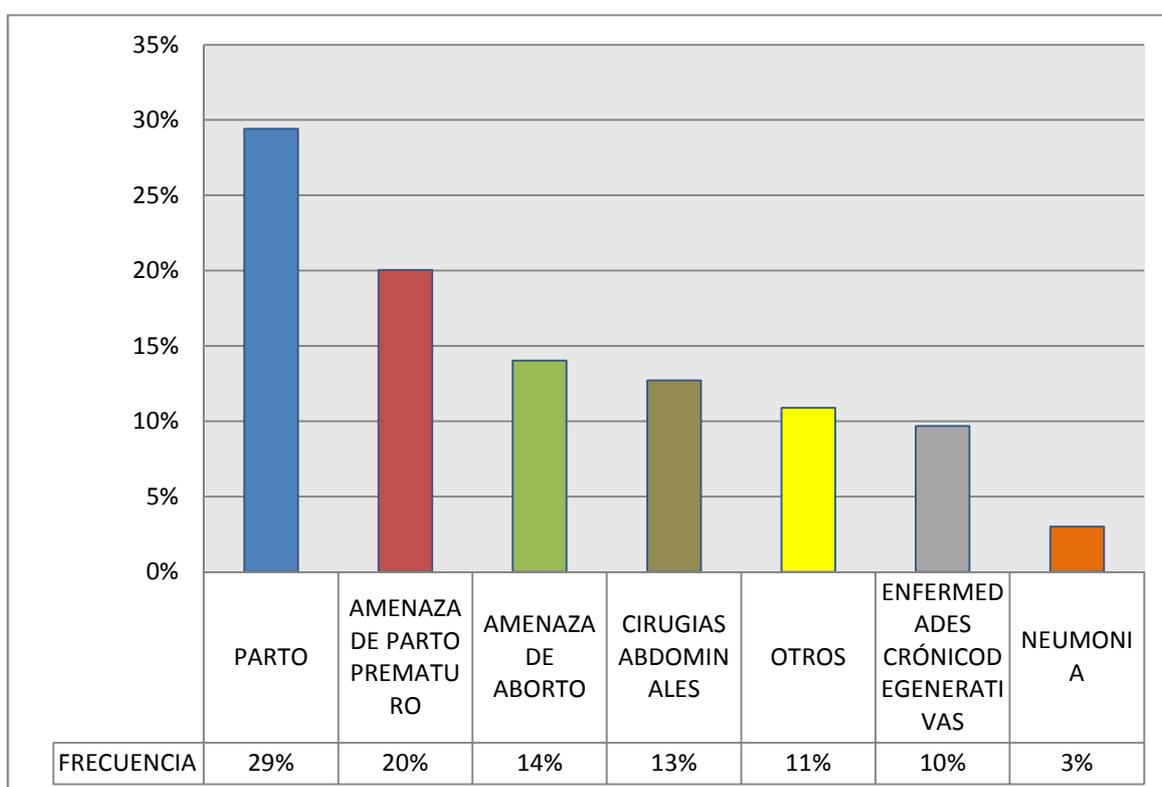
Fuente: Formularios HCU del HLGD

Autores: Almeida Mayra y Villota Gustavo

Análisis: La demanda mayoritaria de pacientes de nacionalidad colombiana en el Servicio de Hospitalización es por género femenino, con un 75% y el 25% de masculino.

TABLA Y GRÁFICO N° 12:
DISTRIBUCION DE USUARIOS COLOMBIANOS ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA EN HOSPITALIZACIÓN SEGÚN
PATOLOGÍA PERIODO DE ENERO-JULIO 2012.

PATOLOGIAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PARTO	37	29,41%
AMENAZA DE PARTO PREMATURO	25	20,05%
AMENAZA DE ABORTO	18	14,04%
CIRUGIAS ABDOMINALES	16	12,71%
OTROS	14	10,90%
ENFERMEDADES CRÓNICODEGENERATIVAS	12	9,69%
NEUMONIA	4	3,03%
TOTAL	126	100,00%



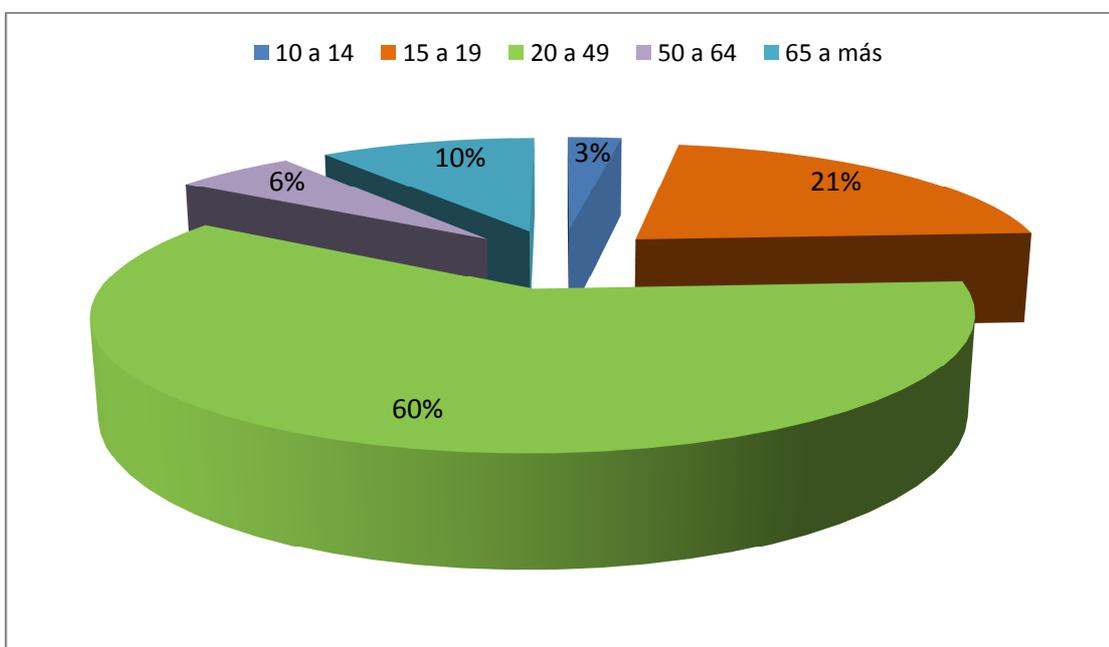
Fuente: Formularios HCU del HLGD

Autores: Almeida Mayra y Villota Gustavo

Análisis: El gráfico muestra que el parto es el principal motivo de demanda de atención en hospitalización con el 29%, seguidos por un 20% de amenaza de parto prematuro y con 14% amenaza de aborto, todos los cuales pertenecen a Gineco-obstetricia.

TABLA Y GRÁFICO N° 13:
DISTRIBUCION DE USUARIOS COLOMBIANOS ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA EN HOSPITALIZACIÓN SEGÚN
GRUPO ETARIO PERIODO DE ENERO-JULIO 2012.

GRUPO ETARIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
10 a 14	3	2,57%
15 a 19	27	21,60%
20 a 49	76	60,11%
50 a 64	7	5,71%
65 a más	13	10%
TOTAL	126	100%



Fuente: Formularios HCU del HLGD

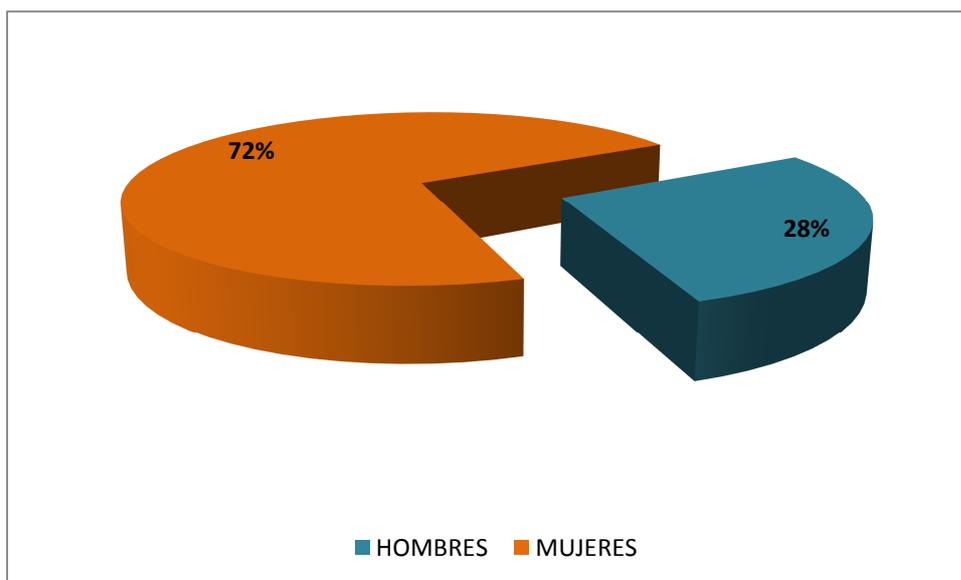
Autores: Almeida Mayra y Villota Gustavo

Análisis: El gráfico muestra la distribución de usuarios según grupo etario en gran parte están entre 20 a 49 años con 60%, seguido por adolescentes de 15 a 19 años con el 21% cabe recalcar que la mayoría de este grupo se encuentra en el servicio de Gineco-obstetricia, el siguiente grupo de adultos mayores de 65 años, se encuentra en su totalidad en el servicio de Medicina Interna.

TABLA Y GRÁFICO N° 14:

DISTRIBUCION DE USUARIOS COLOMBIANOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA SEGÚN GÉNERO.

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUJERES	53	72 %
HOMBRES	21	28 %
TOTAL	74	100%



Autores: Almeida Mayra y Villota Gustavo

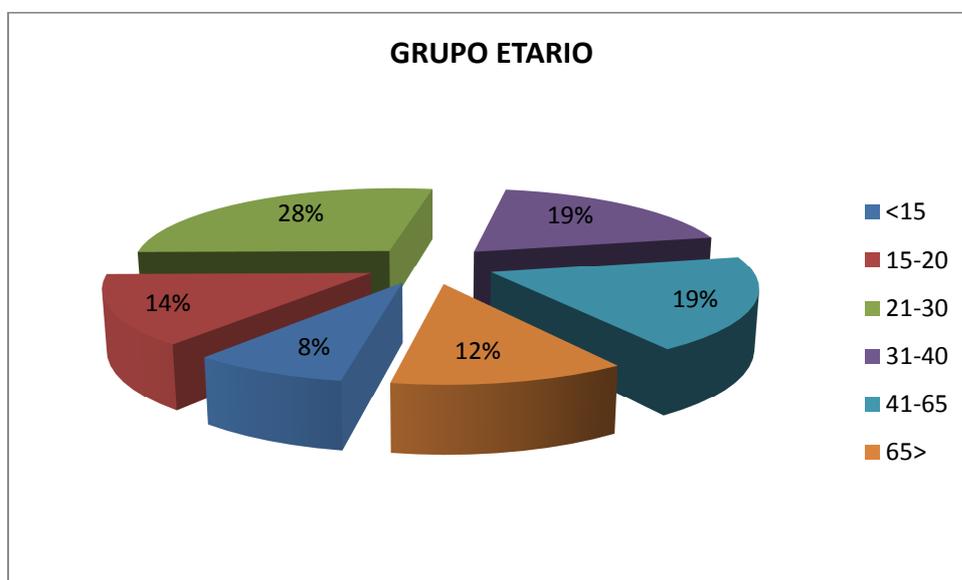
Fuente: Encuestas realizadas en el Hospital Luis Gabriel Dávila a pacientes colombianos.

Análisis: De las 74 personas encuestadas que son atendidas en el Hospital Luis Gabriel Dávila, el 72% corresponde a mujeres ya que se presenta en ellas el mayor número de consultas y el 28% en hombres.

TABLA Y GRÁFICO N° 15:

DISTRIBUCION DE USUARIOS COLOMBIANOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA SEGÚN GRUPO ETARIO.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<15	6	8%
15 – 20	10	14%
21 – 30	21	28%
31 – 40	14	19%
41 – 65	14	19%
>65	9	12%
TOTAL	74	100%



Autores: Almeida Mayra y Villota Gustavo

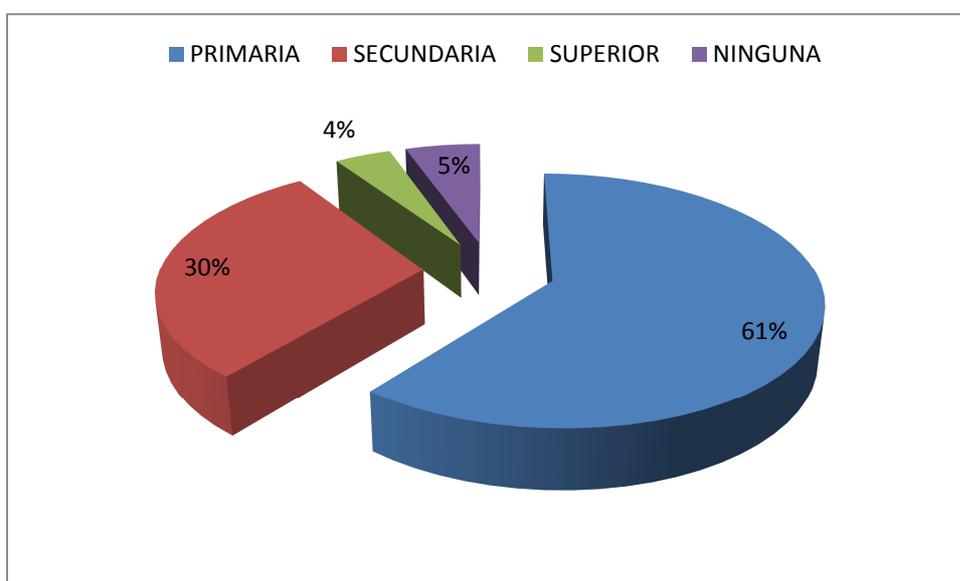
Fuente: Encuestas realizadas en el Hospital Luis Gabriel Dávila a pacientes colombianos.

Análisis: De las 74 personas encuestadas que son atendidas en el Hospital Luis Gabriel Dávila, tenemos un porcentaje más alto de 28% que se encuentra entre las edades de 21 a 30 años. El 19% en las edades de 31-40 años. El 19% de 41-65 años. El 14% en las edades de 15-20 años. Seguido con un 12% de personas mayores de 65 años y por último un 8% con menores de 15 años.

TABLA Y GRÁFICO N° 16:

DISTRIBUCION DE USUARIOS COLOMBIANOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA SEGÚN INSTRUCCION.

INSTRUCCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMARIA	45	61%
SECUNDARIA	22	30%
SUPERIOR	3	4%
NINGUNA	4	5%
TOTAL	74	100%



Autores: Almeida Mayra y Villota Gustavo

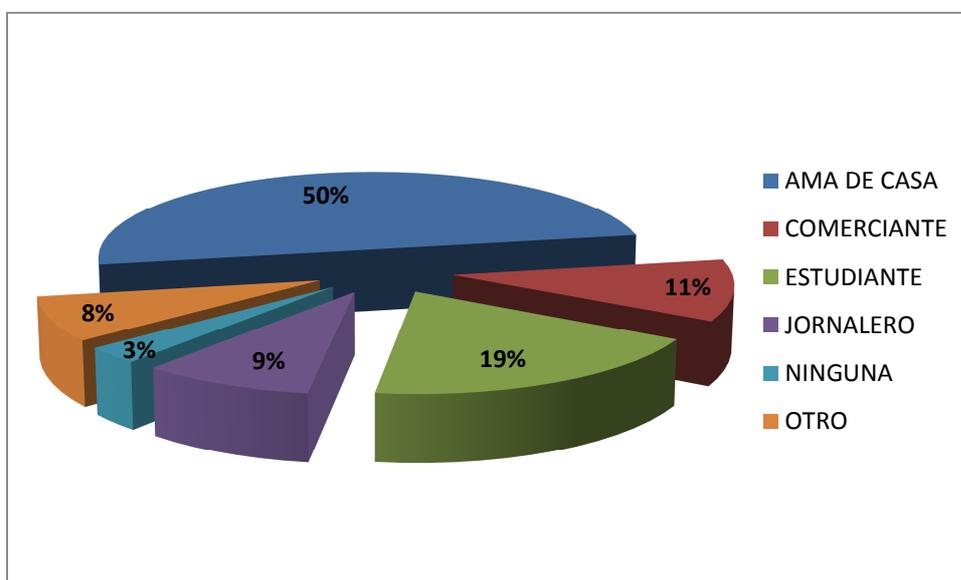
Fuente: Encuestas realizadas en el Hospital Luis Gabriel Dávila a pacientes colombianos.

Análisis: De 74 personas encuestadas, el 61% son pacientes que únicamente han terminado la instrucción primaria. El 30% han finalizado la instrucción secundaria. El 5% corresponde a ninguna instrucción. Seguido por un 4% con nivel superior. Lo que refleja un bajo nivel educativo que con lleva a las personas a no lograr conseguir una formación profesional para mejorar su calidad de vida.

TABLA Y GRÁFICO N° 17:

DISTRIBUCIÓN DE USUARIOS COLOMBIANOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA SEGÚN OCUPACIÓN

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AMA DE CASA	37	50%
COMERCIANTE	8	11%
ESTUDIANTE	14	19%
JORNALERO	7	9%
NINGUNA	2	3%
OTROS	6	8%
TOTAL	74	100%



Autores: Almeida Mayra y Villota Gustavo

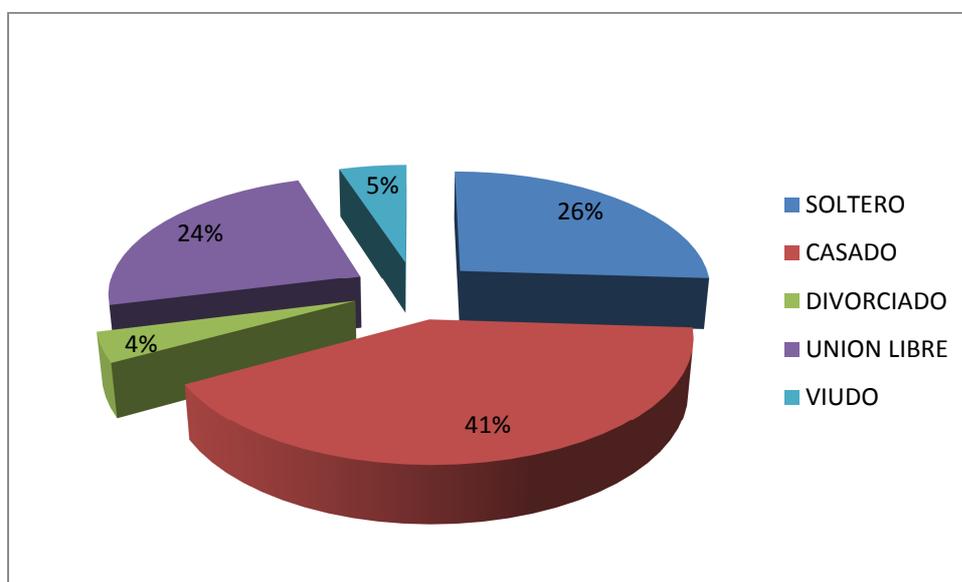
Fuente: Encuestas realizadas en el Hospital Luis Gabriel Dávila a pacientes colombianos.

Análisis: De 74 personas encuestadas, el 50% son ama de casa. El 19% estudiantes. El 11% son comerciantes. El 9% jornaleros al no tener un empleo fijo. Esto nos muestra que a pesar de tener educación básica se dedican a quehaceres domésticos, esperando así los ingresos por parte de sus esposos, y no pueden desenvolverse por si mismas.

TABLA Y GRÁFICO N° 18:

DISTRIBUCIÓN DE USUARIOS COLOMBIANOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA SEGÚN ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERO/A	19	26%
CASADO/A	30	41%
DIVORCIADO/A	3	4%
UNION LIBRE	18	24%
VIUDA/O	4	5%
TOTAL	74	100%



Fuente: Encuestas realizadas en el Hospital Luis Gabriel Dávila a pacientes colombianos.

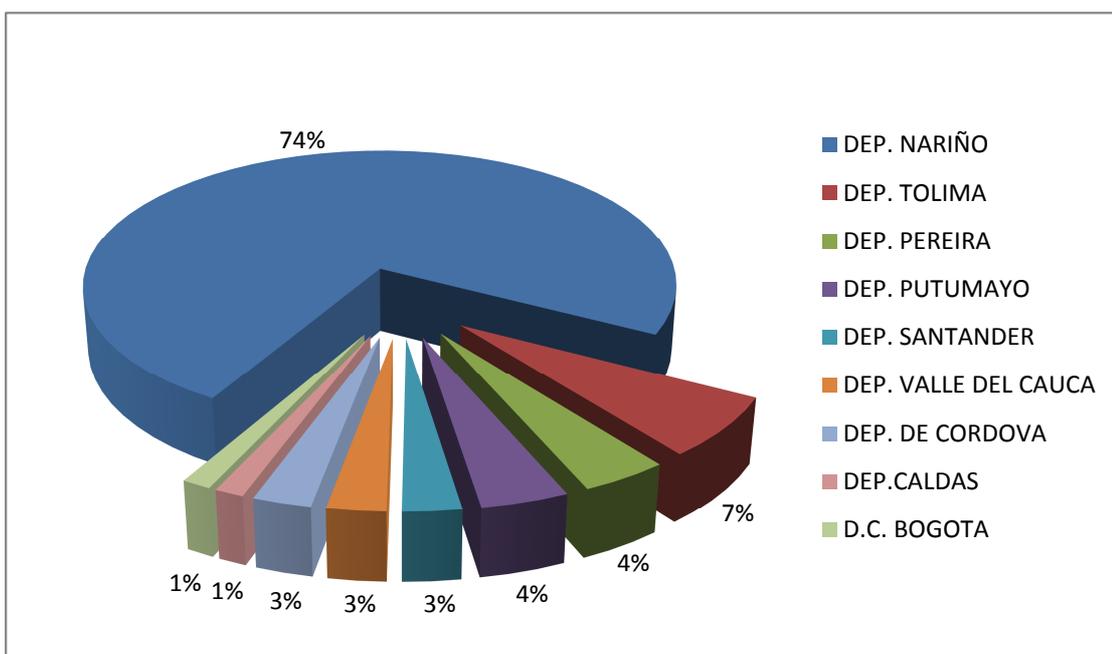
Autores: Almeida Mayra y Villota Gustavo

Análisis: De 74 personas encuestadas, el 41% corresponde a estado civil casada/o, un 26% son soltera/o, seguidos de un 24% en unión libre y un 5 % de personas viuda/o y por último un 4% estado civil divorciados.

TABLA Y GRÁFICO N° 19:

DISTRIBUCIÓN DE USUARIOS COLOMBIANOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA SEGÚN LUGAR DE PROCEDENCIA

LUGAR DE PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DEPARTAMENTO NARIÑO	55	74,32%
DEPARTAMENTO TOLIMA	5	6,76%
DEPARTAMENTO PEREIRA	3	4,05%
DEPARTAMENTO PUTUMAYO	3	4,05%
DEPARTAMENTO SANTANDER	2	2,70%
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	2	2,70%
DEPARTAMENTO DE CORDOVA	2	2,70%
DEPARTAMENTO CALDAS	1	1,35%
DISTRITO CAPITAL DE BOGOTA	1	1,35%
TOTAL	74	100%



Fuente: Encuestas realizadas en el Hospital Luis Gabriel Dávila a pacientes colombianos.

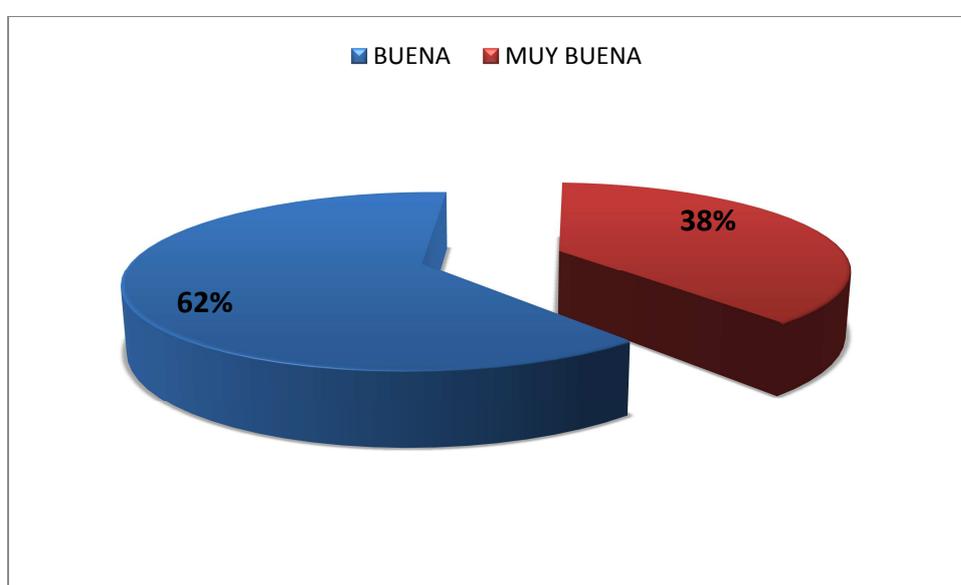
Autores: Almeida Mayra y Villota Gustavo

Análisis: El gráfico demuestra que la procedencia de usuarios colombianos en su mayor representación con el 74%, es el Departamento de Nariño debido a la cercanía fronteriza, y el Departamento de Tolima con el 7% conociendo que se encuentra a 733 km de la frontera norte del país.

TABLA Y GRÁFICO N° 20:

DISTRIBUCIÓN DE USUARIOS COLOMBIANOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA SEGÚN PERCEPCIÓN DE ATENCIÓN RECIBIDA

ATENCIÓN RECIBIDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUY BUENA	28	38%
BUENA	46	62%
TOTAL	74	100%



Fuente: Encuestas realizadas en el Hospital Luis Gabriel Dávila a pacientes colombianos.

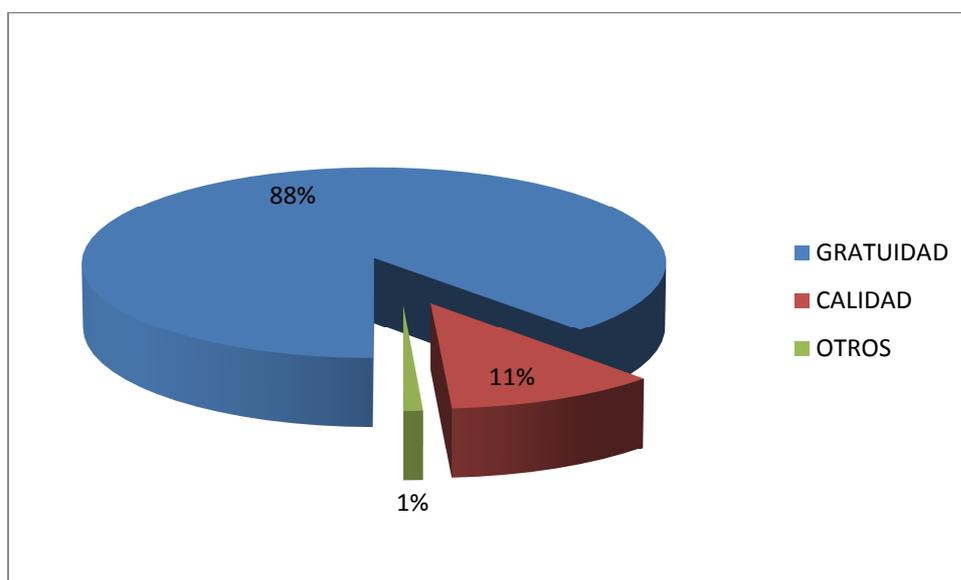
Autores: Almeida Mayra y Villota Gustavo

Análisis: De 74 personas encuestadas que son atendidas en el Hospital Luis Gabriel Dávila, con lo que respecta a la atención recibida un 62% manifiesta que es buena, el 38 % responde a muy buena; estas cifras son favorables al Hospital ya que los pacientes colombianos manifiestan sentirse conformes gracias a los beneficios en salud que reciben.

TABLA Y GRÁFICO N° 21:

DISTRIBUCIÓN DE USUARIOS COLOMBIANOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA SEGÚN PERCEPCIÓN DE RAZÓN POR LA QUE ACUDE A SOLICITAR SERVICIOS DE SALUD

RAZÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
GRATUIDAD EN LA SALUD	65	88%
CALIDAD DE ATENCIÓN	8	11%
OTROS	1	1%
TOTAL	74	100%



Fuente: Encuestas realizadas en el Hospital Luis Gabriel Dávila a pacientes colombianos.

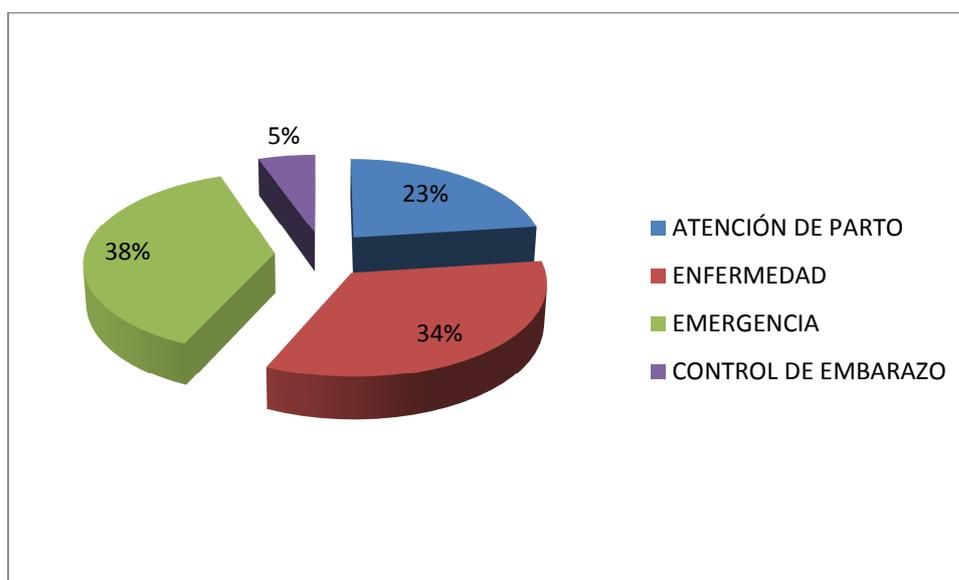
Autores: Almeida Mayra y Villota Gustavo

Análisis: De 74 personas encuestadas que son atendidas en el Hospital Luis Gabriel Dávila, un 88 % manifiestan que la gratuidad de la salud es la principal razón por la que demandan asistencia médica, ya que estas personas no cuentan con los recursos económicos necesarios para acceder a atención privada. El 11% responde que es la calidad de atención.

TABLA Y GRÁFICO N° 22:

DISTRIBUCIÓN DE USUARIOS COLOMBIANOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA SEGÚN CAUSA DE ATENCIÓN

CAUSA	Nº DE PERSONAS	PORCENTAJE
ATENCIÓN DE PARTO	17	23%
ENFERMEDAD	25	34%
EMERGENCIA	28	38%
CONTROL DE EMBARAZO	4	5%
TOTAL	74	100%



Fuente: Encuestas realizadas en el Hospital Luis Gabriel Dávila a pacientes colombianos.

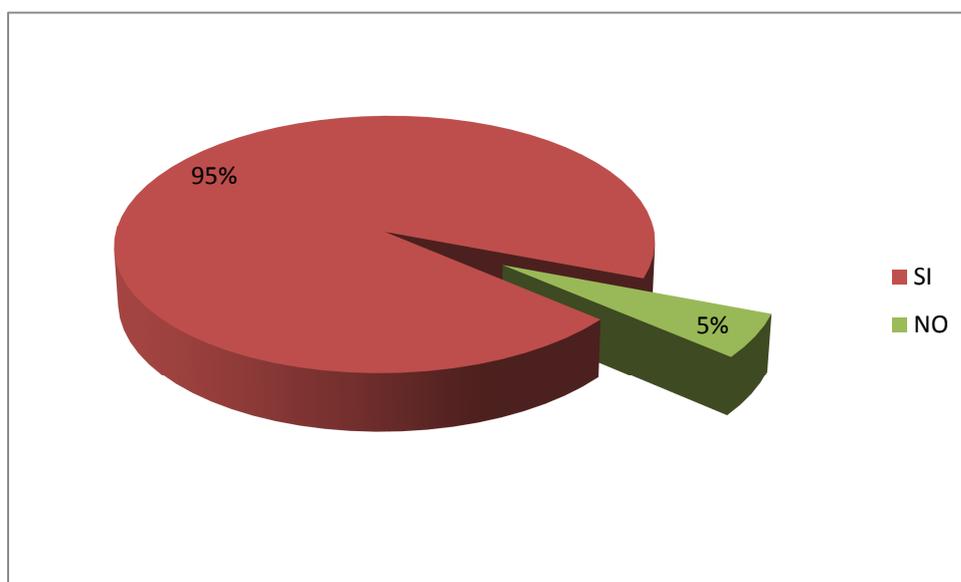
Autores: Almeida Mayra y Villota Gustavo

Análisis: De 74 personas encuestadas en primer lugar el 38% manifiesta que presentó una emergencia para demandar atención en salud, seguido por el 34% que lo hizo por presentar una enfermedad como causa, luego con 33% que requirió atención del parto, y un 5% por necesitar control prenatal.

TABLA Y GRÁFICO N° 23:

DISTRIBUCIÓN DE USUARIOS COLOMBIANOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA SEGÚN PERCEPCIÓN DE PRIVACIDAD EN ATENCIÓN

PRIVACIDAD EN ATENCIÓN RECIBIDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	70	95%
NO	4	5%
TOTAL	74	100%



Fuente: Encuestas realizadas en el Hospital Luis Gabriel Dávila a pacientes colombianos.

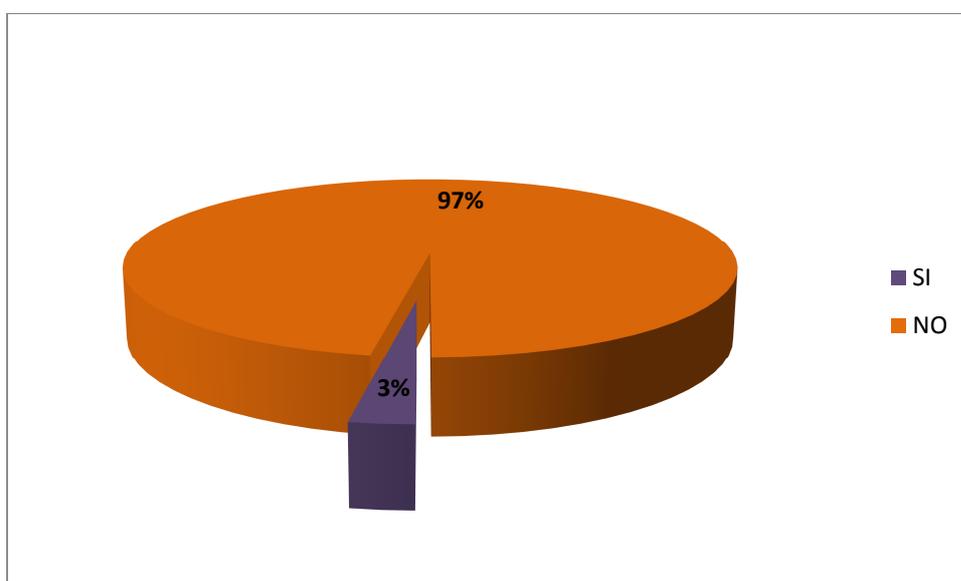
Autores: Almeida Mayra y Villota Gustavo

Análisis: De 74 personas encuestadas que son atendidas en el Hospital Luis Gabriel Dávila, el 95% manifiesta haber tenido privacidad en los procedimientos médicos realizados y un 5% responde a que no tuvo privacidad en atención de salud.

TABLA Y GRÁFICO N° 24:

DISTRIBUCIÓN DE USUARIOS COLOMBIANOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA SEGÚN PERCEPCION DE PROBLEMAS DE ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

PROBLEMAS AL ACCEDER	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	2	3%
NO	72	97%
TOTAL	74	100%



Fuente: Encuestas realizadas en el Hospital Luis Gabriel Dávila a pacientes colombianos.

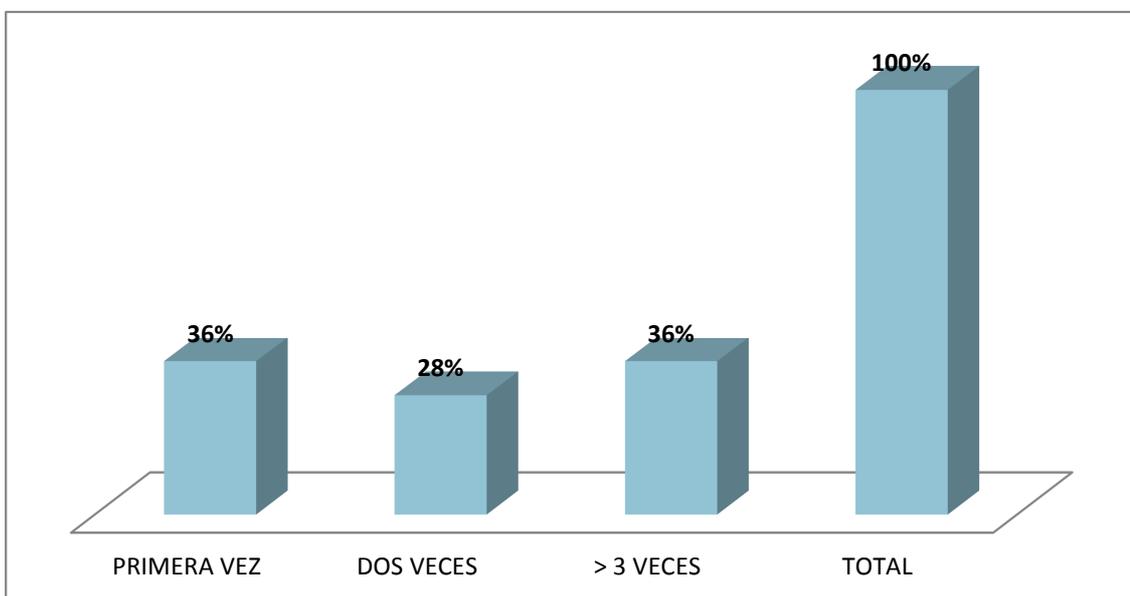
Autores: Almeida Mayra y Villota Gustavo

Análisis: De 74 personas encuestadas que son atendidas en el Hospital Luis Gabriel Dávila, el 97% responde que pudo acceder a servicios de salud sin ningún problema, quedando un 3% que manifiesta haber tenido inconvenientes al acceso, por no haber presentado el formulario de referencia el cual es indispensable para poder recibir atención.

TABLA Y GRÁFICO N° 25:

DISTRIBUCIÓN DE USUARIOS COLOMBIANOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA SEGÚN NÚMERO DE VECES EN ATENCIONES RECIBIDAS

ATENCIÓN RECIBIDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMERA VEZ	27	36%
DOS VECES	20	28%
MÁS DE TRES VECES	27	36%
TOTAL	74	100%



Fuente: Encuestas realizadas en el Hospital Luis Gabriel Dávila a pacientes colombianos.

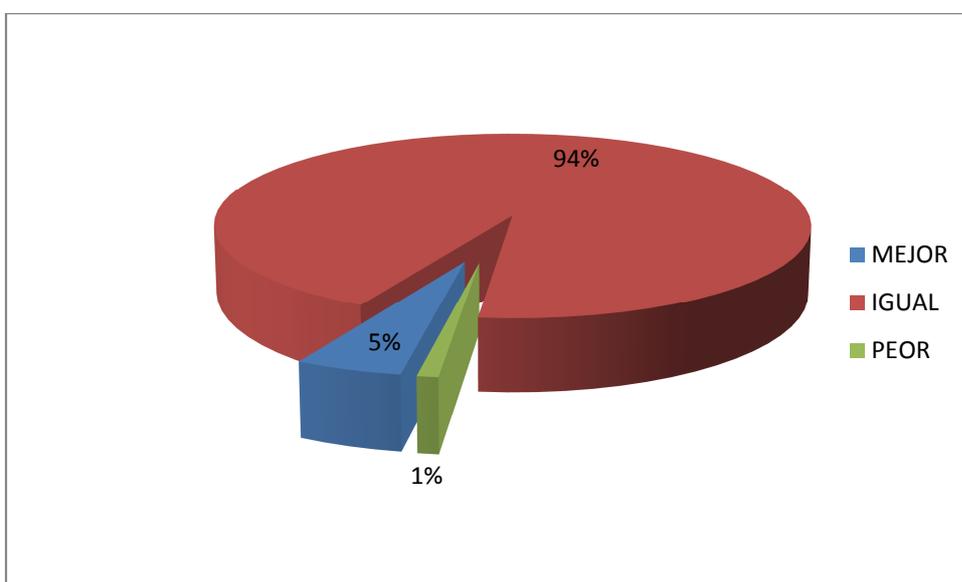
Autores: Almeida Mayra y Villota Gustavo

Análisis: De 74 personas encuestadas que han sido atendidas en el Hospital Luis Gabriel Dávila, el 36% manifiesta haber recibido atención por primera vez, que es igual a aquellos que lo hicieron más de tres veces y en último un 28% por dos veces, esto hace hincapié a la importancia de que se eduque en prevención para disminuir la reincidencia de usuarios en los diferentes servicios.

TABLA Y GRÁFICO N° 26:

DISTRIBUCIÓN DE USUARIOS COLOMBIANOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA SEGÚN PERCEPCIÓN DE EQUIDAD EN ATENCIÓN RECIBIDA

ATENCIÓN RECIBIDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MEJOR	4	5%
IGUAL	69	94%
PEOR	1	1%
TOTAL	74	100%



Fuente: Encuestas realizadas en el Hospital Luis Gabriel Dávila a pacientes colombianos.

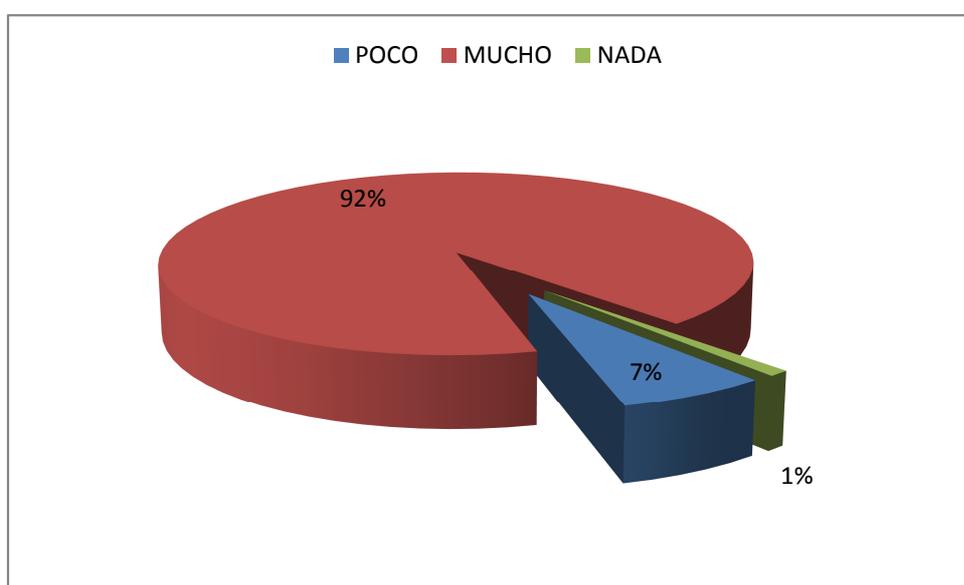
Autores: Almeida Mayra y Villota Gustavo

Análisis: De 74 personas encuestadas, que han sido atendidas en el Hospital Luis Gabriel Dávila, el 94 % manifiesta que recibieron una atención equitativa frente al resto de usuarios de otra nacionalidad, el 5% responde que es mejor y el 1% a que es peor, lo cual demuestra que no existe discriminación.

TABLA Y GRÁFICO N° 27:

DISTRIBUCIÓN DE USUARIOS COLOMBIANOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA SEGÚN PERCEPCION EN DIFERENCIA DE ATENCIÓN DE SALUD ENTRE ECUADOR Y COLOMBIA

DIFERENCIAS EN LA ATENCIÓN EN SALUD	Nº DE PERSONAS	PORCENTAJE
POCO	5	7%
MUCHO	68	92%
NADA	1	1%
TOTAL	74	100%



Fuente: Encuestas realizadas en el Hospital Luis Gabriel Dávila a pacientes colombianos.

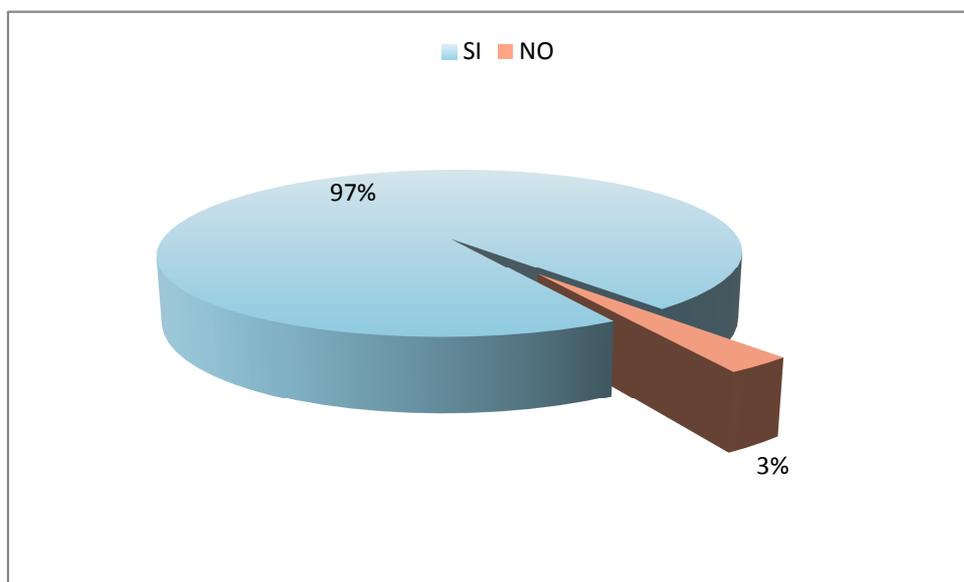
Autores: Almeida Mayra y Villota Gustavo

Análisis: De 74 personas encuestadas, el 92% responde a que existe mucha diferencia en la atención recibida en Ecuador a la de su país, debido a que ellos manifiestan no poder adquirir asistencia médica en las instituciones proveedoras de salud.

TABLA Y GRÁFICO N° 28:

DISTRIBUCIÓN DE USUARIOS COLOMBIANOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA SEGÚN RECOMENDARÍAN EL SERVICIO DE SALUD DEL HOSPITAL LUIS GABRIEL DAVILA

RECOMENDACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	72	97%
NO	2	3%
TOTAL	74	100%



Autores: Almeida Mayra y Villota Gustavo

Fuente: Encuestas realizadas en el Hospital Luis Gabriel Dávila a pacientes colombianos.

Análisis: De 74 usuarios encuestados, el 97% recomendaría a otras personas que soliciten atención médica como respuesta a los beneficios recibidos, debido a esto las personas colombianas vienen a hacerse atender en esta institución, y un 3% responde a que no recomendaría por haberseles presentado algún tipo de inconveniente en su estancia en el hospital.

CAPITULO V

5. MARCO ADMINISTRATIVO

5.1. RECURSOS

5.1.1. TALENTO HUMANO

- Investigadores estudiantes de enfermería
- Asesor o tutor
- Estadístico
- Usuarios colombianos
- Talento humano del Hospital Luis Gabriel Dávila

5.1.2. RECURSOS

- Material de oficina
- Copias (material bibliográfico)
- Procesamiento de información
- Material de impresión
- Reproducción originales de trabajo

5.2. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2011- 2012

ACTIVIDADES	NOVIEM-BRE 2011				DICIEM-BRE 2011				ENERO 2012				FEBRERO 2012			MARZO 2012				ABRIL 2012				MAYO 2012				JUNIO 2012				JULIO 2012				AGOSTO 2012				SEPTIEM-BRE 2012				OCTUBRE 2012				NOVIEM-BRE 2012				DICIEM-BRE 2012			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4								
Elaboración y revisión del Anteproyecto																																																							
Revisión del anteproyecto																																																							
Revisión de bibliografía																																																							
Construcción de marco teórico																																																							
Elaboración de instrumento																																																							
Aplicación del instrumento																																																							
Recopilación de datos estadísticos																																																							
Procesamiento y análisis de la información																																																							
Revisión del primer borrador																																																							
Corrección del primer borrador																																																							
Presentación de tesis																																																							
Defensa de tesis																																																							

5.3. RECURSOS PRESUPUESTARIOS

El presupuesto programado para esta investigación es la siguiente:

ITEMS	VALOR UNITARIO	CANTIDAD	VALOR TOTAL
Copias	0,025	700	17,5
Internet - Bibliografía	32	6	300
Transporte Refrigerio	2,00	100	200
Impresión. Colores	0,50	100	50
Impresión B/N	0,05	1000	50
Empastado de tesis	30	4	120
Anillados de Tesis	10	4	40
CD	0,50	10	5,00
Imprevistos	100		100
Material didáctico	1	50	50
TOTAL			852,5

CAPITULO VI

6.1. CONCLUSIONES

- El presente estudio concluyó que en el periodo Enero a Julio del 2012 en el Hospital Luis Gabriel Dávila de Tulcán se atendió un total de 29.857 pacientes de los cuales 1.627 son colombianos que corresponden al 5,45%, datos que fueron obtenidos a través de la revisión de historias clínicas.
- La demanda de los servicios se encuentra encabezada por Emergencia que de 9.920 usuarios atendidos en el periodo de estudio, 898 son colombianos equivalente al 9,05%, se determinó que el grupo etario predominante está entre los 20 a 49 años. En lo relacionado a patologías se presenta como principal las enfermedades gastrointestinales como gastroenteritis bacteriana aguda, enfermedad diarreica aguda, enfermedad ácido péptica, intoxicación alimentaria, en el género femenino que conforma la mayoría de pacientes que se encuentran los problemas relacionados con el embarazo.
- Hospitalización presentó el 5,47% con 124 usuarios colombianos de 2.163 atenciones, el servicio con mayor demandas es Gineco-obstetricia, el cual contiene las principales patologías como parto, amenaza de parto prematuro y amenaza de aborto, seguido por Medicina interna, por último Pediatría; Neonatología no presentó pacientes debido a que los hijos de usuarias colombianas nacen con nacionalidad ecuatoriana.

- Consulta Externa presentó el 3,60% con un total de 603 usuarios colombianos de 16.741 atenciones, se evidenció que las principales patologías fueron músculo-esqueléticas, seguido por enfermedades oculares, gastrointestinales, del aparato reproductor y embarazo.
- De las encuestas aplicadas, se concluyó que el principal motivo para que los usuarios de nacionalidad colombiana demande servicios médicos, es la gratuidad de la salud, debido a que su instrucción es primaria en su mayoría y el 50% tiene como ocupación quehaceres domésticos, seguido por estudiantes, comerciantes y jornaleros en menor porcentaje, lo cual les impide obtener un mejor ingreso económico y la posibilidad de adquirir servicios de salud privados.
- Las causas para solicitar servicios de salud por parte del usuario colombiano están determinadas a través de la encuesta, estas fueron principalmente por haber presentado una emergencia, una enfermedad, requerir atención del parto y controles prenatales.
- El usuario colombiano manifiesta que la calidad de atención recibida en los servicios de salud es buena, ya que la encuesta dio como resultado que no tuvieron problema alguno al acceder a esta institución de salud, debido a que recibieron un trato equitativo y hubo privacidad en la atención.

6.2. RECOMENDACIONES

Del trabajo investigativo sobre la demanda de los servicios del Hospital Luis Gabriel Dávila de Tulcán por parte de usuarios de nacionalidad colombiana en el periodo de Enero-Julio 2012 se da las siguientes recomendaciones:

- El servicio con mayor demanda de usuarios de nacionalidad colombiana es Emergencia. Es necesario que el talento humano, registre de manera correcta el formulario N° 527 (Registro de consultadas en Emergencia) y el N° 08 (Atención de Emergencia), para que con esto el departamento de estadística obtenga información precisa del número de atenciones a pacientes colombianos. De la misma manera en Consulta Externa el formulario N° 504 (Registro Diario de Atenciones y Consultas Ambulatorias).
- Es necesario que el personal de enfermería continúe educando sobre la prevención de enfermedades a todos los usuarios que reciben atención médica en los diferentes servicios de salud y con ello lograr mejorar su calidad de vida.
- Gestionar a nivel de autoridades del Hospital Luis Gabriel Dávila, se brinde una mayor información a los usuarios colombianos de cómo obtener el estatus de refugio para que puedan acceder a todos los derechos correspondientes a la atención de salud, así como la prevención de las patologías mas frecuentes.
- Al identificar las patologías de mayor demanda por parte de los usuarios colombianos, es necesario realizar un estudio que determinen las causas

que conlleven al padecimiento de las mismas, y de esta manera disminuir la demanda con la prevención.

- Debido al estudio realizado y al número de pacientes colombianos a la cercanía del hospital nuevo en construcción, se sugiere realizar una investigación de costo-beneficio que representa la atención que se les brinda en los servicios de salud.

6.3. GLOSARIO DE TERMINOS

Asilo- Práctica de algunas naciones de aceptar en su territorio a inmigrantes obligados a abandonar su país de origen.

Derecho- son aquellas libertades, facultades, instituciones o reivindicaciones relativas a bienes primarios o básicos que incluyen a toda persona, por el simple hecho de su condición humana, para la garantía de una vida digna, sin distinción alguna de etnia, color, sexo, idioma, religión, orientación sexual, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.

Emigración- Dejar la región de origen para establecerse en otra región. Podría decirse que la emigración termina donde comienza la inmigración.

Inmigración- Llegar a un país para establecerse en él los que estaban domiciliados en otro. Se dice especialmente de los que forman nuevas colonias o se domicilian en las ya formadas.

Migración- desplazamientos de la población que conllevan un cambio del lugar de residencia.

Morbilidad- es la cantidad de individuos que son considerados enfermos o que son víctimas de enfermedad en un espacio y tiempo determinados. La morbilidad es, entonces, un dato estadístico de altísima importancia para poder comprender la evolución y avance o retroceso de alguna enfermedad, así también como las razones de su surgimiento y las posibles soluciones.

Pertinencia -. se define como la cualidad de lo que es conveniente y oportuno. es aquel que hace referencia a la acción de pertenecer, de formar parte de o de ser poseído por alguien.

Refugio: Cualquier persona que se encuentre fuera de su país de nacionalidad o, en el caso de no tener nacionalidad específica, se encuentre fuera del país donde habitualmente reside y no puede o no quiere regresar a ese país y, no puede o quiere protegerse allí, debido a persecución o a un temor fuertemente fundamentado de persecución por razones de raza, religión, nacionalidad, membresía en un grupo social en particular u opinión política.

Residente-. Que reside o vive habitualmente en un lugar determinado.

Subsidio-. Denominación de determinadas prestaciones que forman parte del régimen de seguros sociales obligatorios. Los principales son: el de paro, el familiar, el de vejez, el de viudedad, el de orfandad, etc.

6.4. INDICE DE ABREVIATURAS

ACNUR	La Agencia de la ONU para los Refugiados
BCE	Banco Central del Ecuador
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CONASA	Consejo Nacional de Salud
EPS	Entidades Promotoras de Salud
FOSYGA	Fondo de Seguridad y Garantía
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
ISSFA	Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas
ISSPOL	Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional
LOSNS	Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud
MIES	Ministerio de Inclusión Económica y Social
MSP	Ministerio de Salud Pública
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
POS	Plan Obligatorio de Salud
RC	Régimen Contributivo
RE	Regímenes Especiales
RS	Régimen Subsidiado
SBS	Superintendencia de Bancos y Seguros
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SISBEN	Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para Programas Sociales
SNS	Sistema Nacional de Salud
SOAT	Seguro Obligatorio de Accidentes de Transito
UPC	Unidad de Pago por Capacitación

BIBLIOGRAFIA Y LINGÜOGRAFÍA

- ACNUR. (2011). *Situación del Ecuador*. Recuperado el 22 de 07 de 2012, de Alta Comisión de la Naciones Unidas:
<http://www.acnur.org/t3/eng/situacion-del-ecuador/>
- Asamblea Nacional Constituyente. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Montecristi.
- Borja, R. (1992). 1.3. Reglamento para la aplicación en el Ecuador de las normas contenidas en la Convención de Ginebra de 1951 sobre el estatuto de los refugiados y en su protocolo de 1967. *DECRETO N. 3301*, 1-2.
- Clayton, S. (1983). Social Need Revisited . *Journal of Social Policy*., 215-234.
- Congregación Hermanas de la Caridad. (1913-2011). Historial Hospital Luis Gabriel Dávila. Tulcán, Carchi, Ecuador.
- Diario Hoy. (21 de Junio de 2011). *El Ecuador, refugio de 1 500 colombianos cada mes*. Recuperado el 20 de Marzo de 2012, de Hoy.com.ec: <http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/el-ecuador-refugio-de-1-500-colombianos-cada-mes-482323.html>
- Dirección de Migración. (30 de Octubre de 2012). *Ministerio de Relaciones Exteriores*. Recuperado el 10 de Noviembre de 2012, de Estadísticas de la Dirección de Refugio:
<http://www.mmrree.gob.ec/refugiados/estadisticas/indice.html>

- Durango, A., & Escalante, A. (Febrero de 2011). *El Trabajo de ACNUR en Imbabura y Carchi*. Recuperado el 10 de Diciembre de 2011, de ACNUR:
http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/RefugiadosAmericas/Ecuador/2011/El_trabajo_del_ACNUR_en_Imbabura_y_Carchi.pdf?view=1
- Eguiguren, J. (2004). Colombia, más allá de la migración:El refugio humanitario. *CARTILLAS SOBRE MIGRACIÓN*, 5-6.
- Esteban, A., Amaro, J., & Basallo, A. (2004). La Privatización de la Salud en Colombia. *La Aldea Global*, 311-314.
- Flores, M. G., & Castillo, A. (2012). Una Mirada de la Sociedad Civil a la Gobernanza del Sistema Nacional de Salud. *Esfera Pública*, 5.
- Gómez, R. (2006). Notas de clase. En G. RD, *Principios de servucción* (págs. 1-17). Medellín: Universidad de Antioquia.
- Gordón, B., Leonor, J., & Yanez, Z. (2001). *Manual de Organización del departamento de Enfermería Hospital Luis Gabriel Dávila*. Tulcán: Segunda Edición.
- Guerrero, R. (2008). Lecciones Aprendidas de Colombia. *Fianaciación de la afiliación universal a la seguridad socila en salud*.
- Guerrero, R., Gallego, A. I., Becerril-Montekio, V., & Vásquez, J. (2011). Sistema de salud de Colombia. *Salud Pública de México*, S145.

- INCAS Colombia. (2009). *Ministerio de Protección Social*. Recuperado el 2 de Diciembre de 2011, de Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad: http://www.ocsav.info/ocs_contenidos/INCAS.pdf
- Lucio, R., Villacrés, N., & Henríquez, R. (2011). Sistema de salud de Ecuador. *salud pública de méxico*, S177-178.
- Ministerio de Relaciones Exteriores. (2012). *Proceso de Refugio en el Ecuador*. Recuperado el 25 de Agosto de 2012, de Ministerio de Relaciones Exteriores:
http://www.mmrree.gob.ec/refugiados/proceso/proceso_refugio.html
- Moncayo, I. (2009). Analisis de las politicas públicas y acciones del Estado Ecuatoriano en la gestión de las Migraciones. *OIT*.
- Montes, S. (Diciembre de 2004). Recuperado el 28 de Mayo de 2012, de La Insignia: http://www.lainsignia.org/2005/febrero/soc_018.htm
- Noticias.ec. (13 de Junio de 2011). *La Inmigracion en el Ecuador*. Recuperado el 17 de Febrero de 2012, de Noticia.ec:
http://www.noticias.ec/inmigracion/la_inmigracion_en_el_ecuador/
- OIM. (2010). Perfil Migratorio de Colombia. *OIM COLOMBIA*, 61-62.
- OMS. (2000). Health Systems: Improving. *The World Health Report*.
- OMS. (2007). Report of a WHO Global Consultation. *Health System governance for improving health system*.

- OMS. (2012). *Definición de Salud*. Recuperado el Junio de 2012, de Organización Mundial de la Salud:
<http://www.who.int/suggestions/faq/es/index.html>
- OPS. (2004). *Desempeño y fortalecimiento*. Recuperado el Noviembre de 2011, de Función rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional.:
<http://www.lachsr.org/documents/433-funcionrectoradelaautoridadsanitarianacionaldesempenoyfortalecimiento-ES.pdf>
- OPS. (2008). *Health System Profile Ecuador. Monitoring and Analysis Health Systems Changes/Reforms*.
- Peligero, J. L. (1999). *La visión filosófica de las necesidades humanas y la política*. Thémata.
- Pozo, H. (2010). *Compendio Médico Mensual Año 2010 Hospital Luis Gabriel Dávila*. Tulcán: Departamento de Estadística.
- Project Counselling Service. (2007). *pcslatin.org*. Recuperado el 18 de Abril de 2012, de Ecuador, regionalización del conflicto colombiano, fronteras, migración y refugio:
http://www.pcslatin.org/informes/ecuador_abs.pdf
- Project Economic Evaluation Division. (2000). *Analysis of demand and Need. Economics and Development Resources Center*, P 28-38.
- Semana.com. (23 de Marzo de 2011). *Semana.com*. Recuperado el 20 de Mayo de 2012, de Aumenta llegada de desplazados colombianos a

países vecinos: <http://www.semana.com/nacion/aumenta-llegada-desplazados-colombianos-paises-vecinos/153801-3.aspx>

- Sistema Integrado de Legislación Ecuatoriana. (2004). *Ley de Extranjería*. Quito: Silec.
- Tribunal Constitucional. (2006). *Ley Orgánica de Salud*. Quito: Nacional.
- Universidad Alberto Hurtado. (2012). Colombia: Consecuencias del Conflicto Interno, Actores e Instituciones. *Encrucijada Americana*, 5-24.

ANEXOS

ANEXO N° 1 OFICIOS

UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA

Tulcán, 08 de Junio del 2012

Dr.

Hernán Yépez
DIRECTOR DEL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA

De nuestra consideración,

Reciba un atento y cordial saludo esperando éxitos en sus labores.

Solicitamos amablemente que autorice la extracción de datos del departamento de Estadística del hospital que Usted dirige con el fin de obtener antecedentes sobre la demanda de atención por parte de usuarios colombianos en los diferentes servicios de esta institución de salud, para realizar una investigación como parte de nuestra formación académica en el proceso de tesis de grado. De ante mano agradecemos por su oportuna colaboración.

Atentamente:



Gustavo Villota
Interno Rotativo de Enfermería



Mayra Almeida
Interna Rotativa de Enfermería

AUTORIZADO

Fecha: 08 de Junio del 2012
DIRECCIÓN
HOSPITAL LUIS G. DÁVILA

UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA

Tulcán, 22 de junio del 2012

Dr.

Hernán Yépez

DIRECTOR DEL HOSPITAL LUIS GABRIEL DAVILA

De nuestra consideración,

Reciba un atento y cordial saludo esperando éxitos en sus labores.

Solicitamos amablemente que autorice la aplicación de una encuesta a los pacientes que acuden a esta casa de salud en los diferentes servicios que presta este hospital, con el fin de obtener información, para realizar una investigación como parte de nuestra formación académica en el proceso de tesis de grado. De ante mano agradecemos por su oportuna colaboración.

Atentamente



Gustavo Villota



Mayra Almeida

Interno Rotativo de Enfermería

Interna Rotativa de Enfermería

AUTORIZADO
9/06/12
Fec: _____
DIRECCION
HOSPITAL LUIS G. DAVILA

Hospital Luis G. Davila

Fecha: 22-06-2012

2020: 11:43 pd



FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

SECRETARJO ABOGADO

Oficio 24
Ibarra, 17 de octubre de 2012

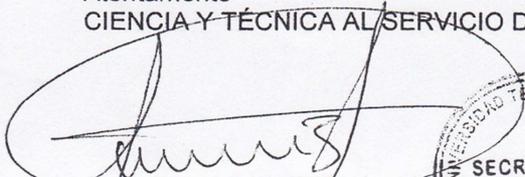
Doctor
Hugo Villarreal
COORDINADOR REGIONAL NORTE DEL MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
Tulcán

Señor Coordinador:

Con un atento y cordial saludo, me permito solicitar a usted, se digne dar las facilidades necesarias a los estudiantes ALMEIDA GUARANGUAY MAYRA CATALINA y VILLOTA BRACHO GUSTAVO SALOMÓN, quienes requieren obtener datos estadísticos para desarrollar su Tesis de investigación, previo a la obtención del título profesional de Licenciados en Enfermería de la Universidad Técnica del Norte.

Agradezco su gentileza.

Atentamente
CIENCIA Y TÉCNICA AL SERVICIO DEL PUEBLO


Ab. Vladimir Basantes R.
SECRETARIO ABOGADO



Gloria



ANEXO Nº 2 FOTOGRAFIAS



APLICACIÓN DE ENCUESTAS





APLICACIÓN DE ENCUESTAS





RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN DE ESTADÍSTICA





RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN DE ESTADÍSTICA



ANEXO Nº 3 ENCUESTA



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERÍA



OBJETIVO:

La presente encuesta tiene como objetivo, obtener información acerca de la atención a los pacientes de nacionalidad colombiana en el Hospital Luis Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán; para el desarrollo del trabajo de tesis de grado, los datos obtenidos serán completamente confidenciales y anónimos, le agradecemos por su colaboración.

Sírvase contestar marcando con una **X** la respuesta que corresponda.

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

- Sexo: M F
- Edad: menor de 15 años
 15-20 años
 20-30 años
 30-40 años
 40-65 años
 Mayor de 65 años

2. LUGAR DE PROCEDENCIA (ESPECIFIQUE)

_____ Departamento / Barrio

3. NIVEL DE ESCOLARIDAD

- Primaria Secundaria Superior Ninguna
 Técnico Otro ¿Cuál? _____

4. OCUPACIÓN

- Ama de casa Comerciante Estudiante Jornalero
 Servidor público Ninguna Otro:

5. ESTADO CIVIL

- Soltero/a Casada/o Divorciada/o
 Unión libre Viuda/o

6. PIENSA USTED QUE LA ATENCIÓN RECIBIDA EN EL HOSPITAL ES:

- MUY BUENA
- BUENA
- REGULAR
- MALA

7. ¿CUÁL ES LA RAZÓN POR LA QUE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD?

- GRATUIDAD EN LA SALUD
- CALIDAD DE ATENCIÓN
- OTROS:

¿Cuáles? _____

8. POR QUE CAUSA VINO A ESTA CASA DE SALUD

- Atención de parto
- Enfermedad ¿Cuál? _____
- Emergencia
- Control de embarazo
- Atención Odontológica
- Atención de servicios especiales:
 - Rayos X
 - Laboratorio
 - Oftalmología
 - Endoscopia
 - Otro ¿Cuál? _____

9. CREE USTED QUE EN SU ESTANCIA EN EL HOSPITAL TUVO PRIVACIDAD EN LA ATENCIÓN RECIBIDA:

- SI
 - NO
- ¿Por qué? _____
-

10. TUVO PROBLEMAS AL ACCEDER A LOS SERVICIOS DE ESTA CASA DE SALUD

- SI
- ¿Por qué? _____
-
- NO

11. CUANTAS VECES USTED HA SOLICITADO LOS SERVICIOS DE ESTE HOSPITAL

- PRIMERA VEZ
- DOS VECES
- MAS DE TRES VECES

12. PIENSA QUE LA ATENCIÓN RECIBIDA ES IGUAL QUE AL RESTO DE USUARIOS

- MEJOR
- IGUAL
- PEOR

13. EXISTE DIFERENCIA EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN ENTRE EL SERVICIO QUE RECIBE EN EL ECUADOR Y EL DE SU PAIS

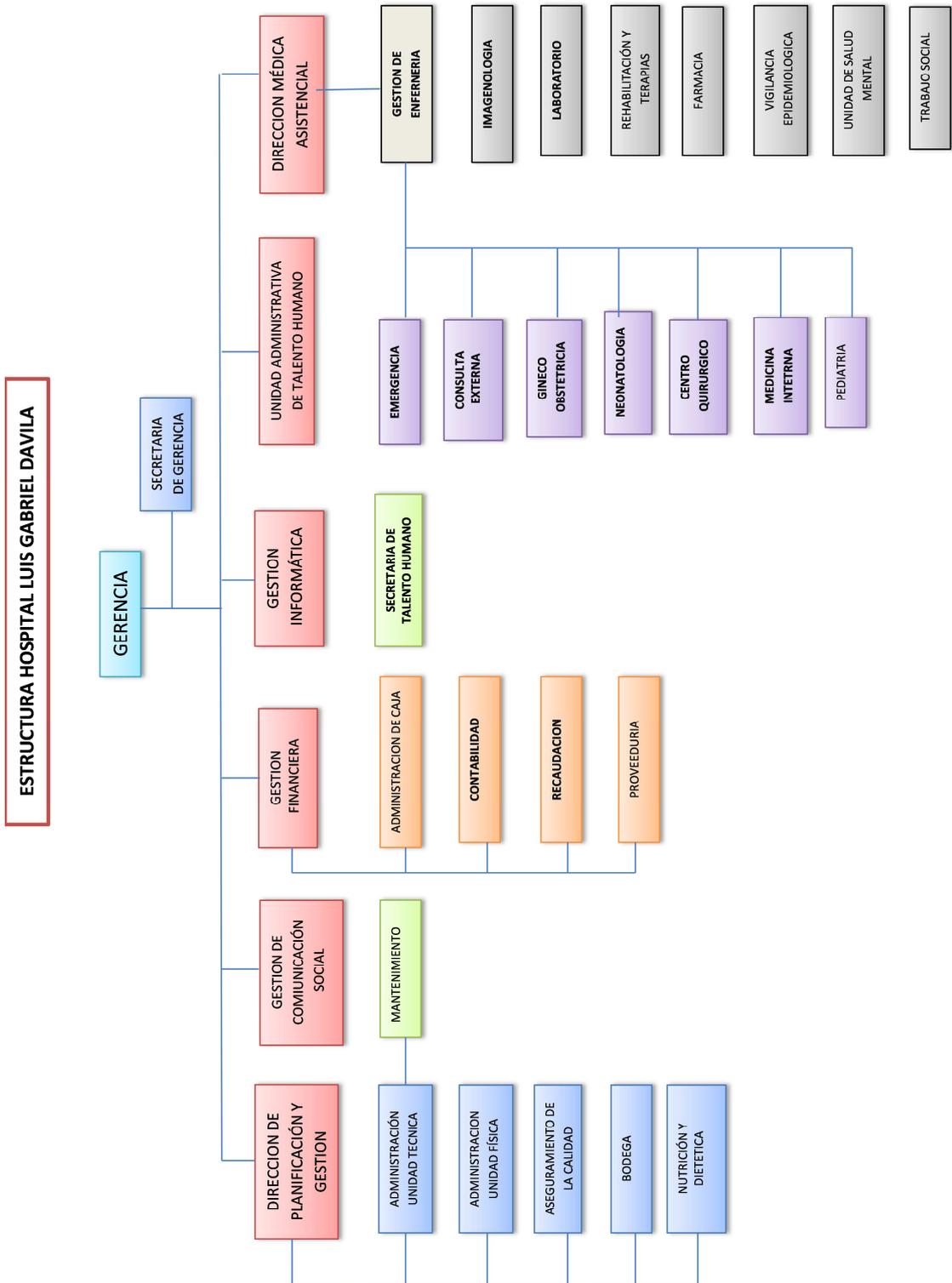
- POCO
- MUCHO
- NADA

14. USTED RECOMENDARÍA QUE OTRAS PERSONAS SOLICITEN LOS SERVICIOS DE ESTE HOSPITAL

- SI
- NO

Gracias por su colaboración

ANEXO Nº 4 ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA DEL HOSPITAL LUIS G. DÁVILA



PLAN DE INTERVENCIÓN

TEMA: Guía sobre educación al paciente colombiano para prevención de patologías y la manera de obtener estatus de refugio dirigida al personal de enfermería que labora en el Hospital Luis Gabriel Dávila de Tulcán.

OBJETIVOS:

- Dar a conocer las patologías más prevalentes del usuario de nacionalidad colombiana, mediante la presente guía educativa.
- Incentivar al personal de enfermería a educar a la población sobre estas enfermedades ya que son de carácter prevenible.
- Facilitar un instrumento educativo que contenga el proceso de obtención de Estatus de Refugio para que con este se instruya a cerca de los beneficios que les brinda el Estado.

CONTENIDO:

- Introducción
- Justificación
- Patologías más frecuentes en los usuarios colombianos atendidos en el Hospital Luis G. Dávila
 - Gastritis
 - Gastroenteritis aguda (GEBA)
 - Transgresión alimentaria
 - Traumatismo y heridas cortantes
 - Embarazo y problemas asociados
 - Enfermedades respiratorias:
- Asilo humanitario o refugio
 - Proceso de solicitud de refugio