



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

INSTITUTO DE POSTGRADO



Instituto de
Posgrado

MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD

TEMA:

“APORTE DE LA UNIDAD MÓVIL EN LA PRODUCCIÓN ASISTENCIAL DE UNIDADES DE SALUD 10D01 AÑO 2017”

Trabajo de Investigación previo a la obtención del Grado de Magíster en Gerencia en
Servicios de Salud

DIRECTORA: MSc. Maritza Marisol Álvarez Moreno

AUTORA: Mirian Consuelo Anrrango Salazar

IBARRA - ECUADOR

2021

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

En calidad de tutora del trabajo de grado presentado por: **Mirian Consuelo Anrrango Salazar**, para optar por el grado de Magister en Gerencia de Servicios de Salud, cuyo título es: **“APORTE DE LA UNIDAD MÓVIL EN LA PRODUCCIÓN ASISTENCIAL DE UNIDADES DE SALUD 10D01 AÑO 2017”**, doy fe de que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a presentación privada y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 21 días del mes de febrero de 2020

(Firma).....

MSc. Maritza Marisol Alvarez Moreno

C.C.: 1002523114

DIRECTORA DE TESIS





UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA



Instituto de
Posgrado

AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	1002042347		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Mirian Consuelo Anrrango Salazar		
DIRECCIÓN:	Ibarra, Alpachaca Barrio 16 de Abril Calle Cisne 1-76 y Puyo		
EMAIL:	lic.miriansita@yahoo.es		
TELÉFONO FIJO:	062510606	TELÉFONO MÓVIL:	099 8857182
DATOS DE LA OBRA			
TÍTULO:	“APORTE DE LA UNIDAD MÓVIL EN LA PRODUCCIÓN ASISTENCIAL DE UNIDADES DE SALUD 10D01 AÑO 2017”		
AUTOR/A (ES):	Mirian Consuelo Anrrango Salazar		
FECHA:	2020/21/02		
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO			
PROGRAMA:	<input type="checkbox"/> PREGRADO <input checked="" type="checkbox"/> POSGRADO		
TITULO POR EL QUE OPTA:	Magister en Gerencia de Servicios de Salud		
ASESOR /DIRECTOR:	MSc. Maritza Marisol Álvarez Moreno		

2. CONSTANCIAS

La autora manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es la titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

En la ciudad de Ibarra, a los 22 días del mes de abril de 2021

LA AUTORA

(Firma).....
Mirian Consuelo Anrrango Salazar
C.C.: 002042347

REGISTRO BIBLIOGRAFICO

Guía: POSGRADO – UTN
Fecha: Ibarra, 21 de febrero de 2020

Mirian Consuelo Anrrango Salazar “APORTE DE LA UNIDAD MÓVIL EN LA PRODUCCIÓN ASISTENCIAL DE UNIDADES DE SALUD 10D01 AÑO 2017”, /Trabajo de grado. Magister Magíster en Gerencia de Servicios de Salud. Universidad Técnica del Norte Ibarra.

DIRECTOR: MSc. Maritza Marisol Álvarez Moreno

El principal objetivo de la presente investigación fue: Determinar el aporte de la Unidad Móvil en la producción asistencial de unidades del Distrito de Salud 10D01 de Imbabura. Entre los objetivos específicos se encuentran: Cuantificar las consultas realizadas, tanto de los profesionales de la unidad móvil de salud, como de las unidades operativas del distrito 10D01 de Imbabura, según tiempo y lugar de intervención. Identificar el grado de satisfacción del usuario interno del Distrito 10D01 de Imbabura en relación al aporte de Unidad Móvil de Salud. Diseñar una propuesta para el fortalecimiento de la operativización de la Unidad Móvil Salud.

Fecha: Ibarra, 21 de febrero de 2020


MSc. Maritza Marisol Álvarez Moreno

Directora


Mirian Consuelo Anrrango Salazar

Autora

DEDICATORIA

A todas las personas que impulsaron el proceso y culminación de esta maestría:

A mi esposo José Luis, quien con mucho cariño y paciencia siempre animando a que cumpla con mis metas, incondicional en todo momento.

A mis hijos, Daniel y Vanessa con todo mi corazón quiero demostrarles que no existen barreras para alcanzar los sueños y que el límite lo pone nuestra mente.

A mis padres Luchito y Victoria mis hermanas Rocío, Amparito, Lourdes y Gaby, mi familia quienes han demostrado que con humildad, perseverancia y responsabilidad se forman las mejores personas.

Finalmente, de manera muy especial a la Dra. Sonia Flores y Dra. Lilianita López personal de la Unidad Móvil de Salud, con quienes compartí por mucho tiempo la grata labor de servir a la comunidad, también para ellas este trabajo.

Mirian Consuelo Anrrango Salazar

AGRADECIMIENTO

Doy gracias a Dios, por concederme en la vida las múltiples de oportunidades de ser mejor cada día.

Una oportunidad que agradezco a la Universidad Técnica del Norte, que ha permitido mi crecimiento profesional ofreciendo las facilidades necesarias para llevar a cabo los estudios de maestría.

A la magister Maritza Álvarez, directora de la tesis, con sus contribuciones académicas, acertadas y oportunas impulsaron el desarrollo de este trabajo de investigación.

De la misma manera a las autoridades y personal operativo del Distrito de Salud No.1 de la provincia de Imbabura, quienes brindaron su meritorio aporte en la elaboración del presente documento.

Mirian Consuelo Anrrango Salazar

ÍNDICE GENERAL

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	iii
REGISTRO BIBLIOGRAFICO	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE GENERAL.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS	xi
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES.....	xii
RESUMEN.....	xiii
ABSTRAC	xiv
INTRODUCCION	xv
CAPÍTULO I.....	1
1. El problema de investigación	1
1.1. Antecedentes.....	1
1.2. Planteamiento del Problema	5
1.3. Formulación del Problema.....	8
1.4. Objetivo General.....	9
1.4.1. Objetivos Específicos	9
1.5. Hipótesis o preguntas directrices	10
1.6. Justificación	11
CAPÍTULO II	14
2. Marco teórico	14
2.1. Marco conceptual	14
2.1.1. Unidades móviles de salud	14
2.1.2. Generalidades de la unidad móvil de salud	15
2.1.3. Cartera de servicios de las unidades móviles generales	15
2.1.4. Funciones y responsabilidades.....	17
2.1.5. Criterio de Movilización.....	23

2.1.6. Jornada Laboral.....	23
2.1.7. Sistema de Información	23
2.2. Acceso de servicios de Salud.....	24
2.2.1. Universalidad de la cobertura y acceso efectivo.....	25
2.2.2. Determinantes de la accesibilidad.....	27
2.3. Atención primer nivel.....	28
2.3.1. Atención Preventiva.....	29
2.3.2. Atenciones de Morbilidad.....	29
2.3.3. Atención de emergencias	30
2.4. Marco legal ético	31
2.4.1. Marco legal	31
2.4.2. Marco Ético.....	34
CAPÍTULO III.....	37
3. Marco metodológico	37
3.1. Descripción del área de estudio	37
3.2. Tipo de investigación	38
3.3. Métodos de investigación	38
3.3.1. Mixto.....	38
3.4. Diseño Metodológico	38
3.5. Población y Muestra	39
3.5.1. Población	39
3.6. Procedimiento.....	40
3.7. Técnicas e instrumentos de investigación	41
3.8. Técnica de procesamiento y análisis de datos	42
CAPÍTULO IV.....	43
4. Análisis y resultados de la Investigación	43
CAPÍTULO V	70
4. Conclusiones y Recomendaciones	70
4.1. Conclusiones.....	70
5.2. Recomendaciones	72
CAPÍTULO VI.....	73
6. PROPUESTA	73

6.1. Objetivo General:	73
6.1.1. Objetivos específicos	73
6.2. Justificación	73
6.3. Análisis FODA de la Unidad Móvil General del distrito d Salud 10D01 de la provincia de Imbabura.	75
6.4. Planeación de actividades con la Unidad Móvil General	78
Bibliografía	85
ANEXOS	91
Anexo 1. Autorización del Director del Distrito de Salud 10D01 de Imbabura	91
Anexo 2. Entrevista a profesionales Unidad Operativas del Distrito de Salud 10D01 de Imbabura.....	92
Anexo 3. Fotográfico Unidad Móvil General en la comunidad	97

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Clasificación del servicio ambulatorio móvil de atención y apoyo.	15
Tabla 2. Cartera de servicios de las unidades móviles generales.....	16
Tabla 3. Consultas preventivas y de morbilidad de la Unidad Móvil.....	44
Tabla 4. Ciclos de vida.....	79

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Profesional que le gustaría que integre la Unidad Móvil de salud.....	48
Ilustración 2. Planificación y criterios de programación de actividades con la Unidad Móvil.....	50
Ilustración 3. Atención de la Unidad Móvil y su aporte a las unidades operativas de salud del Distrito No1. de Imbabura	52
Ilustración 4. Cumplimiento de planificaciones, flujo y análisis de la información de la Unidad Móvil	55
Ilustración 5. Comunicación entre el personal de la Unidad Móvil y las Unidad Operativas	59
Ilustración 6. Inconvenientes al coordinar el trabajo con la unidad móvil	62
Ilustración 7. Instalaciones y ambiente físico de la Unidad Móvil	64
Ilustración 8. Criterios sobre la atención de la unidad móvil por parte del usuario externo.....	67
Ilustración 9. La unidad móvil debe continuar apoyando a las Unidades de salud del Distrito 10D01.....	68

RESUMEN

APORTE DE LA UNIDAD MÓVIL EN LA PRODUCCIÓN ASISTENCIAL DE UNIDADES DE SALUD 10D01 AÑO 2017.

Autora: Mirian Consuelo Anrrango Salazar

Correo: lic.miriansita@yahoo.es

El acceso de la salud hacia los sectores más vulnerables y distantes ha sido tema de importante discusión de las entidades de salud, tal motivo ha llevado al desarrollo de estrategias, una de ellas la implementación de las unidades móviles de salud, esta investigación tiene como **objetivo** determinar el aporte de la Unidad Móvil en la producción asistencial de unidades del Distrito de Salud 10D01 de Imbabura, es un estudio descriptivo, con enfoque mixto, la población en estudio estuvo compuesta por 14 unidades operativas de salud. Para la recopilación de datos se realizó una matriz de análisis de información, en la que se registró la producción la unidad de salud y la de la unidad móvil; además se aplicó una entrevista a los responsables de las unidades operativas de salud. Entre los resultados encontrados se tiene: el aporte de la unidad móvil está encaminado al incremento de consultas preventivas y aumento de coberturas a las unidades operativas fijas; el personal de las unidades operativas manifiestan que la organización, planificación, accesibilidad, percepción y fidelización de la Unidad Móvil General, permite llegar con programas establecidos por la autoridad sanitaria a la población con difícil acceso geográfico, cuentan con un equipo multidisciplinario, disminuye la sobrecarga laboral de los profesionales de las unidades operativas, y extiende la atención a los usuarios que por el agendamiento no es posible conseguir una cita para su atención; entre los nudos críticos se identifica que no hay una planificación con todos los actores. Se concluye que la Unidad Móvil General es una estrategia de apoyo a las unidades operativas que permite el acceso de la salud a las comunidades lejanas al contar con un equipo multidisciplinario ofrece una atención integral y con la solución de nudos críticos se convierte este programa en una estrategia de apoyo a la población vulnerable.

Palabra clave: Unidades Móviles de Salud, cobertura, atención médica,

ABSTRAC

CONTRIBUTION OF THE MOBILE UNIT IN THE HEALTHCARE
PRODUCTION OF HEALTH UNITS 10D01 YEAR 2017.

Autora: Mirian Consuelo Anrrango Salazar

Correo: lic.miriansita@yahoo.es

Access to the most vulnerable and distant sectors has been the subject of important discussion of health entities, which has led to the development of strategies, one of which has the implementation of mobile health units, this research has the mobile unit's contribution in the care production of units in the 10D01 Health District of Imbabura, is a descriptive study, with a mixed focus, the population under study was composed of 14 operational health units. For the collection of data, an information analysis matrix was carried out, in which the production of the health unit and that of the mobile unit were recorded; an interview was also given to those responsible for the operational health units. For the collection of data, an information analysis matrix was carried out, in which the production of the health unit and that of the mobile unit were recorded; an interview was also carried out with those responsible for the operational health units. Among the results found is: the contribution of the mobile unit is aimed at increasing preventive consultations and increasing coverage to fixed operating units; the staff of the operational units say that the organization, planning, accessibility, perception and loyalty of the General Mobile Unit, allows to reach with programs established by the health authority to the population with difficult access multidisciplinary staff, reduce the labor overhead of operating unit professionals, and extend attention to users who by scheduling are not possible to get an appointment to between the critical nodes it is identified that there is no planning with all actors. It is concluded that the General Mobile Unit is a strategy to support operational units that allows health access to distant communities by having a multidisciplinary team offers comprehensive care and with the critical knot solution becomes this programme in a strategy to support vulnerable people.

Keyword: Mobile Health Units, Coverage, Health Care

INTRODUCCION

En el Ecuador a partir del año 2000, inicia con la implementación del Programa de Unidades Móviles de Salud Escolar, estrategia que busca llegar a los lugares de difícil acceso, con la atención dirigida especialmente a los niño/as, las y los adolescentes con la finalidad de contribuir y extender las coberturas de atención, esto se logra mediante el trabajo de un equipo multidisciplinario: médico, odontólogo, psicólogo y enfermera, factor relevante ya que las unidades operativas fijas no contaban con un equipo completo para la actividad extramural.

No obstante, las Unidades Móviles de Salud, se sujetan al Modelo de Atención Integral de Salud, ampliando la cobertura de atención, hacia todos ciclos de vida, sin perder de vista el propósito de la salud móvil, llegar a los sectores con acceso geográfico limitado, atenciones que se realizan en varios países de América Latina desde más de 30 años como es el caso de México.

Cabe mencionar que el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en el año 2000 asigna a cada provincias una Unidad Móvil de Salud y dependiendo de la población dos o tres unidades, las misma que tendrán como área de influencia los sectores marginales de toda la provincia, además contribuir con su contingente en las emergencias sanitarias declaradas a nivel nacional; en el 2016 con la nueva estructura administrativa y financiera del ministerio de salud las unidades móviles pasan a los distritos de salud, quienes deben ser responsables de la gestión administrativas y financiera.

Con el propósito de este estudio fue demostrar el aporte de la unidad móvil en este caso en el distrito de salud No. 1, de la provincia de Imbabura, para su mejor comprensión fue estructurado de la siguiente manera:

En el Capítulo I se describe e identifica situaciones similares a nivel nacional e internacional sobre el trabajo de las unidades móviles y el aporte significativo a las

unidades de salud. Capítulo II se justifica teóricamente, la construcción sustentada de un marco teórico y referencial de las unidades móviles de salud. En el Capítulo III, se detalla la metodología para la recolección de la información que permitió la elaboración del presente documento. El Capítulo IV se realiza el análisis de los datos recolectados que responden a los objetivos planteados, en el inicio del proceso investigativo.

Finalmente, como producto y aporte de la investigación se encuentra la propuesta de fortalecimiento de la operativización de la unidad móvil de salud basada en el análisis de los resultados que se refuerza en la literatura científica. Se espera conseguir que este trabajo de investigación contribuya al mejoramiento y optimización de la labor las unidades móviles de salud.

CAPÍTULO I

1. El problema de investigación

1.1. Antecedentes

La atención primaria de salud gracias a la intervención de las unidades del primer nivel de atención, ha permitido fragmentar las barreras de acceso a la salud a través de las unidades de atención médica móvil, llamadas así en el Ecuador, en otros países como México las en un inicio llamadas, Programas de Caravanas de Salud, en los últimos años se las conoce como Unidad Móvil de Salud, que cumplen con el objetivo de brindar atención en salud a la población con difícil acceso, a los centros médicos, permiten satisfacer las necesidades de una población enferma y extienden las coberturas de atención de salud a nivel primario ,tarea que se viene realizando desde 1998 a nivel mundial considerando las características propias de cada país.

Betakorosi Consultorio (2008) su investigación encaminada “Programa Caravanas de la Salud -Secretaría de Salud -Evaluación 2008” define que El Programa Caravanas de la Salud ha contribuido de manera significativa a mejorar el acceso a la salud de algunas de las localidades de menor Índice de Desarrollo Humano. Sin embargo, no llega todavía a cubrir todas las localidades objetivo, en relación con la estrategia de acercabilidad y accesibilidad el Programa reduce la necesidad de los traslados y dado que no existen restricciones para recibir los servicios ofrecidos por las Caravanas, hace accesibles los servicios a la población de las localidades a las que llega. La relevancia del Programa radica, por una parte, en que las Caravanas son el primer contacto para el acceso de los usuarios a los distintos niveles de atención médica en la Red de Servicios de Salud que les permite recibir atención integral y de calidad para mejorar sus condiciones de salud, y que a un año de puesta en marcha, el Programa es muy bien aceptado y calificado por la población usuaria de las localidades que atiende, que no cuentan con otras alternativas cercanas y accesibles de atención médica.

Peláez (2018) en su estudio sobre las necesidades organizativas del hospital SounonSéro y aplicación práctica a las rutas de unidades móvil, considera que la buena salud es prioritaria, y es indispensable que la población esté sana para que la sociedad funcione. Recalca que la presencia de la unidad móvil médica permite que el porcentaje de paciente aumente, y gracias a la intervención de la unidad móvil un 5% de habitantes se encuentran atendidos, Se ha logrado optimización de recorridos para alcanzar más lugares de atención. En un hospital ubicado en Niki, una comuna perteneciente a la región de Borgou, en Benín buscaba una solución al bajo porcentaje de habitantes de la zona sanitaria que abarca el Hospital SounonSéro, y recibe sus servicios y tratamientos. En primer lugar, se ha llevado a cabo un exhaustivo análisis del entorno. Implantar una mejora organizativa que va a aumentar en gran medida el número de habitantes atendidos por el hospital. Se percibe bajísimo porcentaje de la población objetivo del hospital que acude al mismo, por lo que se decide llevar a la comuna de Niki una Unidad Médica que recorra las regiones más cercanas al hospital, alcanzando así el objetivo propuesto por OAN International.

Secretaria de Salud México (2009) realiza un análisis y evaluación en su informe “Unidades de primer nivel de atención en los Servicios Estatales de Salud Evaluación 2008” el análisis situacional de los centros de atención primaria tiene el fin último de constituirse en una herramienta de comparación y mejora para los responsables de tomar decisiones sobre la operación cotidiana de estos servicios. La información presentada en este documento proviene, básicamente, de dos fuentes principales: los registros administrativos que organiza y difunde la Dirección General de Información en Salud (DGIS) y los resultados de una encuesta ad hoc llevada a cabo en 640 centros de salud de todo el país. Los resultados del estudio sobre unidades ambulatorias que aquí se presentan también evidencian áreas importantes de oportunidad en rubros tales como el nivel de equipamiento, la calidad de la atención de padecimientos crónicos y los tiempos de espera. Algunas de estas oportunidades de mejora requieren de inversiones de magnitud considerable o de cambios sustantivos en el perfil del personal que labora en los centros de salud, pero otras, como la relacionada con los tiempos de espera, se basan en cambios organizacionales y de actitud que suelen ser de bajo costo y alto impacto.

El acercamiento a las comunidades permite aumentar la confiabilidad hacia los servicios de salud, en latinoamericana los profesionales de la salud mediante las atenciones de casa a casa han logrado destruir las barreras de inaccesibilidad de los servicios de salud. El objetivo de las Unidades Móviles de Ecuador además ha sido extender las coberturas de atención en salud.

Se ve necesario realizar un fortalecimiento de la Intervención de la unidad Móvil, las estrategias para el cumplimiento del Objetivo de la UMG deberían ser modificados e implementados (Vásquez, Henao, & Roldán, 2014).

El Diseño Interior de Hospitales Móviles Emergentes y su Incidencia en la Atención Médica de los habitantes de las parroquias rurales del Cantón Ambato.

Sánchez (2015) en su estudio señala que el llegar a las comunidades con la Unidad Móvil, se brinda atención médica integral de calidad y calidez y se mejora la calidad de vida de los habitantes de las zonas más alejadas de la ciudad, no cuentan con unidades de salud cercanas, con las visitas de las unidades móviles se ha ido disminuyendo el déficit de salud, mejorado la calidad. Las unidades móviles han sido una gran solución para satisfacer las necesidades de salud que poseen los habitantes de las zonas más alejadas de la ciudad, realizan campañas preventivas y de vacunación a las escuelas y también para los habitantes de la zona, contando con gran acogida y colaboración de parte de las organizaciones y de los habitantes de estas parroquias. Considerando la acogida que tienen las unidades móviles por parte de la población, es indispensable buscar estrategias de mejora y fortalecimiento, para continuar con el servicio de calidad y calidez.

Reyes y Salinas (2015) menciona en su estudio las unidades salud fijas, requieren un apoyo para lograr cubrir atenciones de sean estas de primer y segundo nivel, tal es el caso del apoyo de las unidades móviles generales, quirúrgicas y de especialidad oncológica, que intervienen en las distritos de salud del país; los autores justifican su estudio en basándose en el hospital de Baba que cuenta con pocos especialistas, equipos y recursos, que debido a esto no pueden dar un servicio de calidad en cuanto

a salud a los habitantes, muchas veces no pueden atender a los ciudadanos y los deben de trasladar a otros hospitales, al de Babahoyo o al de Guayaquil. Esto demuestra la importancia de las atenciones realizadas por las unidades de salud móvil

Pérez (2014) en su estudio que duró un periodo de 10 años, evalúan a 210,027 (100%) pacientes, de los cuales 69,921 (33.3%) fueron consumidores de alcohol y de tabaco, en el año 2007 se presenta el porcentaje de menor consumo con un 26.1%, mientras que en el año de 2012 se presentó el mayor con 44.5% de consumidores. Del año 2006 al 2014, 3 unidades móviles del OPD Hospital civil de Guadalajara acudieron a 1206 comunidades, se realizó una historia clínica de acuerdo a la NOM-004 del expediente clínico, con énfasis en enfermedades crónico degenerativas, uso y abuso de alcohol tabaco, es una importante investigación donde se llega a identificar los casos de consumo de alcohol y tabaco ; además de conocer la importancia del aporte que cumplen las unidades móviles de salud, no solo el extender las coberturas sino, ser parte del diagnóstico de problemas de salud pública.

1.2. Planteamiento del Problema

Unidades Móviles de Atención. -Se define como el servicio de salud móvil brindado mediante vehículos sanitarios especial con el componente de talento humano específico y equipamiento correspondiente, de acuerdo a las prestaciones que ofrezca. Se divide en tres tipos de servicios: unidades móviles generales, unidades móviles quirúrgicas y hospital móvil.

Unidades móviles generales (UM-G) brindan prestaciones ambulatorias de baja complejidad. Realizan acciones de promoción, prevención de la salud y apoyan transversalmente a todos los niveles de atención con servicios programados e itinerantes. Su misión es extender la cobertura a comunidades distantes y lugares donde no existan servicios de salud. Dentro de sus prestaciones están: odontología, psicología, medicina familiar o general. La unidad móvil es un vehículo capaz de llegar a zonas de difícil acceso. Presta su contingente en situaciones de emergencia y desastres, movilizándose a cualquier lugar del territorio nacional que se requiera. La cartera de servicios de las unidades móviles generales es: Medicina general, Psicología, Odontología, Enfermería. Las prestaciones de servicio están definidas de acuerdo al ciclo de vida del individuo y abarca prestaciones de promoción, prevención y recuperación.

El personal de salud de la unidad móvil general debe estar acorde al tipo de atención y deberá contar con el título registrado en la Secretaría de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación (SENESCYT) y en el Ministerio de Salud Pública (MSP Ecuador, 2016, págs. 29,30,31)

La disponibilidad de servicios también ha presentado avances relevantes en los últimos años; (...) Las instituciones de salud deberán establecer prioridades comunes en el desarrollo de recursos tanto físicos como humanos, a fin de lograr el crecimiento armónico que permita hacer frente a los retos que en materia de salud y acceso a servicios presenta la población nacional y no solamente la población de los diferentes esquemas de aseguramiento (Fajardo, Gutierrez, & García, 2015).

Cabe mencionar que en el Ecuador, con la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud cumple con su objetivo estratégico: “Acercar los servicios de salud a la comunidad reduciendo las barreras de acceso, disminuyendo la inequidad, fortaleciendo la capacidad resolutive del primero y segundo nivel, organizando la funcionalidad del sistema de manera tal que se garantice que el primer nivel atención se constituya en la puerta de entrada obligatoria al sistema de salud y que los hospitales, dependiendo de su capacidad resolutive se conviertan en la atención complementaria del primer nivel de atención”. (MSP Ecuador, 2012)

Se integran las Unidades Móviles de Salud como una experiencia la cirugía móvil con la Fundación CINTERANDES ha demostrado que es posible brindar un servicio de excelente calidad, entonces si la cirugía lo hacía, incluso con recursos tecnológicos complejos desplazándose a nivel local, las otras ramas de la medicina lo podían hacer, (...) llevando la atención a los lugares más alejados contribuyendo así al principio de Universalidad en la atención de salud. (MSP, 2000, pág. 8),

Bajo esta aclaración nos dice Du Mortier (como se citó en el MSP Ecuador (2012) el fundamento del establecimiento móvil de salud es “mantener una presencia” en el terreno; sin embargo, la estrategia de las EMS es una estrategia de excepción, que sólo se utiliza, como último recurso, para prestar servicios de salud a poblaciones que no tienen acceso a un sistema sanitario.

En el Ecuador a partir del año 2000, el Ministerio de Salud Pública conjuntamente con el Ministerio de Educación y Cultura, y la Secretaría de Desarrollo Social (SEDES) decidieron impulsar un Programa Móvil de Salud Escolar, como: Estrategia de extensión de cobertura en el primer nivel de atención, especialmente en las zonas rurales, urbano marginales, y en lugares poco accesibles a los servicios de salud (...) Para su operativización, se elaboró la Guía para el funcionamiento de las Unidades Móviles de Salud Componente Salud Escolar, y el Manual Operativo de las Unidades Móviles de Salud Generales y Especializadas 2010 .

Es así que, para el 2015 en el Ecuador, datos correspondiente a las 38 Unidades Móviles Generales (UM-G) , muestran un total de 301794 consultas, de acuerdo al tipo de atención el 39,39% son preventivas, el 60,61% son de morbilidad, a nivel de Zona No. 1 que integran las provincias de Carchi, Esmeraldas, Imbabura y Sucumbíos presentan porcentajes similares al del nivel nacional, consultas preventivas el 38,12% y de morbilidad 61,87 , mientras que los datos de UMG Imbabura como preventivas el 57,89% y el 42,15 % corresponde a morbilidad. (Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud - MSP Ecuador, 2016).

Es una información global que precisa analizar, las consultas que la unidad móvil de salud cumple dentro del modelo de atención integral de salud y específicamente de la producción de la asistencia sanitaria extramural que ofrece la unidad de salud móvil, fundamentada en la extensión de la cobertura de salud, para lo cual fue implementado el programa de unidades móviles de salud.

En relación a la satisfacción del usuario externo con las actividades que cumple la unidad móvil, se han aplicado instrumentos que valoran su grado de percepción y satisfacción, pero estimar la calidad de prestaciones de este servicio de salud desde el punto de vista de los usuarios internos, acerca del grado de satisfacción de la asistencia sanitaria a sus áreas de influencia, tal como menciona (Mira & Aranaz, 2000) en su estudio *La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria* se refiere a profundizar en la opinión de los usuarios, sus necesidades y expectativas, desde la perspectiva de la calidad percibida es de gran importancia. Además, no hay que olvidar que la satisfacción es considerada en la actualidad como parte de los resultados de la asistencia sanitaria.

1.3. Formulación del Problema

¿Cuál es el aporte de la unidad móvil en la producción asistencial de las unidades del distrito de salud 10D01 de Imbabura?

1.4. Objetivo General

Determinar el aporte de la Unidad Móvil en la producción asistencial de unidades del Distrito de Salud 10D01 de Imbabura.

1.4.1. Objetivos Específicos

- Cuantificar las consultas realizadas, tanto de los profesionales de la unidad móvil de salud, como de las unidades operativas del distrito 10D01 de Imbabura, según tiempo y lugar de intervención.
- Identificar el grado de satisfacción del usuario interno del Distrito 10D01 de Imbabura en relación al aporte de Unidad Móvil de Salud.
- Diseñar una propuesta para el fortalecimiento de la operativización de la Unidad Móvil Salud

1.5. Hipótesis o preguntas directrices

- ¿Cuál es la concentración de consultas realizadas, entre la Unidad Móvil de Salud y las Unidades Operativas del Distrito 10D01 de Imbabura según tiempo y lugar de intervención?
- ¿Cuál es el grado de satisfacción de los usuarios internos del Distrito 10D01 de Imbabura en relación al aporte de Unidad Móvil de Salud en la producción asistencial?
- ¿Cómo la propuesta de fortalecimiento incide en la operativización de la Unidad Móvil Salud?

1.6. Justificación

Actualmente el Ministerio de Salud del Ecuador cuenta 44 Unidades Móviles que se relacionan con la Red de Servicios de Salud a través de la referencia de pacientes, como el mecanismo más idóneo de mantener la continuidad de la atención y constituyen un instrumento para hacer realidad los derechos y deberes establecidos en la Constitución, para lograr formas equitativas y solidarias de organización, como respuesta a las necesidades de la población excluida, dando énfasis a la inclusión social que garantiza el acceso universal de salud (MSP Ecuador, 2016, pág. 4)

Peláez (2018) en su estudio considera siempre que la buena salud es prioritaria, y es indispensable que la población esté sana para que la sociedad funcione. Su estudio señala que la presencia de la unidad móvil médica permite que el porcentaje de paciente aumente, y gracias a la intervención de la unidad móvil un 5% de habitantes se encuentran atendidos, Se ha logrado optimización de recorridos para alcanzar más lugares de atención.

Secretaria de Salud México (2009) realiza un análisis y evaluación en su informe *“Unidades de primer nivel de atención en los Servicios Estatales de Salud Evaluación 2008”* el análisis situacional de los centros de atención primaria tiene el fin último de constituirse en una herramienta de comparación y mejora para los responsables de tomar decisiones sobre la operación cotidiana de estos servicios. (...) Algunas de estas oportunidades de mejora requieren de inversiones de magnitud considerable o de cambios sustantivos en el perfil del personal que labora en los centros de salud, pero otras, como la relacionada con los tiempos de espera, se basan en cambios organizacionales y de actitud que suelen ser de bajo costo y alto impacto.

Con respecto a la Unidad Móvil de Salud al ser parte del distrito 10D01, gracias a este estudio se demostrará con sus resultados el cumplimiento de los objetivos principales del Programa de Unidades Móviles y como también se expresa el MAIS, ampliar coberturas de atención y llegar con la salud a lugares distantes de la nación.

Delgado y otros (2014) La investigación para la salud debe ser contemplada como una herramienta adecuada para fortalecer y evaluar los determinantes económicos, sociales, históricos y culturales de la salud, para permitir una mejor articulación con otros ámbitos como la economía, la ciencia y la tecnología, así como también aprovechar y enriquecer los planes de desarrollo tanto regionales como nacionales.

El conocimiento generado por la investigación tiene trascendencias en el ámbito social y económico debido a que el mejoramiento en la atención en salud móvil del distrito 10D01, permitirá la optimización del talento humano, recursos materiales y físicos; lograr así satisfacer las necesidades del usuarios paciente, convirtiéndose la Unidad Móvil en la mejor alternativa de atención extramural de los sectores alejados, la población contará con un servicio de salud en su domicilio minimizando una series de dificultades desde las económicas ,geográficas que tiene que sobrellevar al acudir a los centros de salud.

La investigación, termina con una propuesta de fortalecimiento mediante una herramienta administrativa que determina un FODA de la Unidad Móvil General, y su proceso de análisis que cierra con la planeación anual de actividades de la unidad móvil coordinado con las unidades de salud del distrito 10D01 de Imbabura, de esta forma se van implementado nuevas alternativas de corrección y control en el trabajo de las unidades del salud garantizando un nivel cumplimiento de objetivos de la institución ,estandarizar y documentar procesos que mejoren la gestión de las unidades móviles. Por consiguiente, esta investigación a pesar de no contar con una vasta información específica de servicios de salud móvil, motivo por el cual se demuestra con los resultados la importancia que tiene el trabajo de la unidad móvil en la atención primaria de salud, y que gracias al apoyo institucional del Distrito de salud 10D01, y análisis de información estadística de las Unidades Operativas que están en la investigación , de igual manera con la colaboración del personal de salud se indagará las opiniones en relación al grado de satisfacción de la producción asistencial de la Unidad Móvil de Salud ; los resultados destacarán información no visibles sobre la opinión de los usuarios internos acerca del aporte que realiza la Unidad Móvil de Salud en su áreas de influencia.

Finalmente, se ha demostrado que los servicios de salud están en un constante desarrollo para mejorar la calidad de atención y permitir el acceso de la salud a la población, teniendo en cuenta los datos alcanzados en esta investigación como insumo para la elaboración de una propuesta de fortalecimiento de trabajo de la Unidad Móvil de Salud, bajo una reorientación de planificación de sus actividades que permitan mejoras en los procesos de operatividad del programa de salud móvil, de esa manera optimizar y sean efectivas las vistas programadas.

CAPÍTULO II

2. Marco teórico

Uno de los objetivos principales como Ministerio de Salud Pública en cumplimiento a los 10 objetivos del milenio y 12 del Buen Vivir, es el fortalecimiento de las Unidades de primer nivel de atención, mediante las mejoras en la calidad de atención y satisfacción del usuario, promueven la salud y previenen la enfermedad, en un entorno con equilibrio, amigable con la naturaleza, con respeto a la interculturalidad en base a los principios de solidaridad, equidad, inclusión y gratuidad. En este sentido, la Dirección Distrital, por medio de sus equipos básicos de salud trabaja en actividades de prevención de enfermedades, lo que permite que la atención preventiva, se encuentre sobre las atenciones de morbilidad.

2.1. Marco conceptual

2.1.1. Unidades móviles de salud

Las Unidades móviles constituyen el servicio ambulatorio móvil de atención de apoyo, mediante el cual se presta atención sanitaria puntual y ambulatoria en vehículo sanitario con equipamiento y talento humano acorde a la prestación que brinda, el servicio ambulatorio móvil de atención y apoyo se clasifica:

Tabla 1.

Clasificación del servicio ambulatorio móvil de atención y apoyo.

Establecimiento	Características	Categoría de establecimientos de salud
Unidades móviles de atención	Unidad móvil general	UM-G
	Unidad móvil quirúrgica	UM-Q
	Hospital móvil	HM
Unidades móviles de apoyo	Unidad móvil de diagnóstico oncológico	UM-DO
	Unidad móvil de radiología e imagen	UM-RI
	Unidad móvil de colecta de sangre	UM-CS

Fuente: (Dirección Nacional de atención Pre-Hospitalaria y Unidades Móviles, 2016)

2.1.2. Generalidades de la unidad móvil de salud

Para garantizar el adecuado funcionamiento de la unidad móvil se debe tener en cuenta el cumplimiento de las siguientes acciones

- Diagnóstico de la zona de intervención
- Acciones de Promoción y Prevención
- Selección y vinculación del Talento Humano
- Componente del aseguramiento.
- Componente asistencial
- Componente de promoción de la salud y prevención de las enfermedades
- Mejorar la cobertura y el seguimiento a las acciones desarrolladas.

2.1.3. Cartera de servicios de las unidades móviles generales

Las unidades móviles brindan prestaciones ambulatorias de baja complejidad. Realizan acciones de promoción, prevención de la salud y apoyan transversalmente a

todos los niveles de atención con servicio programados e itinerantes, Su misión extender la cobertura a comunidades distantes y lugares donde no existan servicios de salud. Dentro de sus prestaciones están odontología, psicología medicina familiar o general.

Tabla 2.

Cartera de servicios de las unidades móviles generales

Tipos	Servicios	Prestaciones	Subprestaciones
Asistenciales	Consulta externa	Consulta externa en medicina familiar o general	-
		Cuidados de enfermería	-
		Consulta externa en odontología	Consulta externa en odontología
		Consulta externa en salud mental	Consulta externa en salud mental
Apoyo diagnóstico y terapéutico	Procedimientos	Procedimientos menores	Terapia respiratoria Curaciones Suturas Colocación/cambios de sondas Retiro de puntos Inyecciones Inmovilizaciones Rehidratación oral
		Atención del parto vaginal/normal en expulsivo-condición	-
	Toma de muestras	Extracción de muestras –condición cuando solicita el distrito de salud	-

	Inmunizaciones	Inmunizaciones	Contempladas en el esquema de vacunación
	Dotación de medicamentos y dispositivos médicos	Entrega de medicamentos	-
Administrativos	Admisión y estadística	Proveer servicio de atención al usuario para facilitar la accesibilidad de la unidad móvil de salud	-
	Administración técnica	Coordinar ,supervisar y gestionar los procesos defendidos para la unidad móvil	-

Fuente: (Dirección Nacional de atención Pre-Hospitalaria y Unidades Móviles, 2016)

2.1.4. Funciones y responsabilidades

El personal de salud de la unidad móvil general debe estar acorde al tipo de atención y deberán contar con un título registrado en la Secretaria de Educación Superior, Ciencia y Tecnología e Innovación (SENESCYT) y en el Ministerio de Salud Pública.

Medicina general: El personal médico responsable de coordinar y controlar la calidad de los procesos asignados en la gestión operativa de la unidad móvil, también es el responsable de brindar atención de morbilidad aplicando los protocolos establecidos, planifica y ejecuta actividades promoción a través de la educación de la familia y la comunidad conjuntamente con el equipo de la unidad .Además se considera el responsable de la unidad móvil con funciones de gerencia sobre la operatividad y funcionamiento de la unidad.

- Proporcionar atención médica preventiva, curativa y de rehabilitación por ciclos de vida.

- Participar en actividades de educación para la salud individual, familiar y de la comunidad.
- Referir a los pacientes que necesiten servicios de mayor complejidad.
- Actualizar y controlar las Historias Clínicas de los pacientes.
- Efectuar vigilancia epidemiológica de acuerdo a las normas establecidas por el MSP.
- Efectuar el reporte de situaciones que ameriten acciones de control sanitario emergente.
- Ingreso diariamente al RDACAA las actividades de atención ambulatoria realizadas de acuerdo a programación.
- Elaboración y envío de informes mensuales y anuales de las respectivas actividades de la Unidad Móvil a nivel local y la coordinación nacional de unidades móviles.
- Coordinar las actividades y desempeño del personal de la Unidad.
- Identificar las necesidades de capacitación del personal de la Unidad y Comunitario.
- Solicitar los medicamentos, insumos con oportunidad para realizar sus actividades y conservar en buen estado el material y equipo bajo su custodia.
- Responsable del aspecto técnico, administrativo y financiero de la gestión.
- Coordinar con la Dirección Distrital de Salud y áreas de Salud la solución de asuntos que sean de competencia de la Unidad a su cargo.
- Aplicar las normas técnicas emitidas por el programa de las Unidades Móviles por el Ministerio de Salud Pública.

Odontólogo: Profesional de odontología responsable de coordinar y controlar la calidad de atención de los procesos relacionados con la salud bucal.

- Proporcionar atención Odontológica preventiva, curativa, de rehabilitación y de promoción de la población por ciclos de vida y atender urgencias requeridas.
- Aplicar las normas técnicas emitidas por los programas de Ministerio de Salud Pública.

- Elaborar, actualizar las Historias Clínicas de los pacientes para registro estomatológico requeridos.
- Apoyar las acciones de participación comunitaria.
- Participar en la elaboración de la programación anual de las actividades de la unidad móvil en coordinación con las unidades operativas del distrito de salud.
- Elaborar y desarrollar plan educativo específico para su área.
- Participar en el diagnóstico de salud.
- Participar en la elaboración y desarrollo del programa anual de actividades de la unidad móvil.
- Referir a los pacientes que necesiten servicios de mayor complejidad.
- Ingreso diariamente al RDACAA las actividades de atención ambulatoria realizadas de acuerdo a programación.
- Elaborar y enviar Informe de insumos y biomateriales solicitados y utilizados en el sistema de gestión de inventarios. (SGI)
- Elaboración y envío de informes mensuales y anual de las respectivas actividades de la Unidad Móvil a nivel local y la coordinación nacional de unidades móviles.
- Solicitar los insumos y biomateriales de odontología con oportunidad para realizar sus actividades y conservar en buen estado el material y equipo bajo su custodia.

Enfermera: Profesional que se encarga de la gestión de enfermería en la unidad.

- Se responsabiliza del programa de inmunizaciones (aseguramiento de la cadena de frío).
- Participa y apoya en las actividades de promoción y educación del individuo, familia y comunidad Elaborar y desarrollar plan educativo específico para su área.
- Aplicar las normas técnicas emitidas por los programas del Ministerio de Salud Pública.
- Apertura, control de las historias clínicas de las personas que se atiendan.

- Realizar actividades de apoyo a la consulta de profesionales médico y odontólogo.
- Realizar la post consulta: curaciones y administración de tratamientos indicados por el médico.
- Preparar y esterilizar material y equipos.
- Proporcionar información a los miembros del equipo sobre los casos detectados que ameriten referencia.
- Colaborar en actividades de organización y participación comunitaria en la formación de grupos de riesgos y problemas de salud similares.
- Participar en la elaboración y desarrollo del programa anual de actividades de la unidad.
- Elaborar y enviar Informe de insumos y medicamentos solicitados y utilizados en el sistema de gestión de inventarios (SGI).
- Elaboración y envío de informes de sus respectivas actividades semanal, mensual y anualmente.
- Verificar el stock de medicamentos, insumos con oportunidad.
- Verificar y conservar en buen estado el material y equipo bajo su custodia.

Sicólogo Clínico: El profesional de Psicología que trabaja en la atención, detección y tratamiento de problemas de salud mental, violencia intrafamiliar y de género, según los protocolos normalizados.

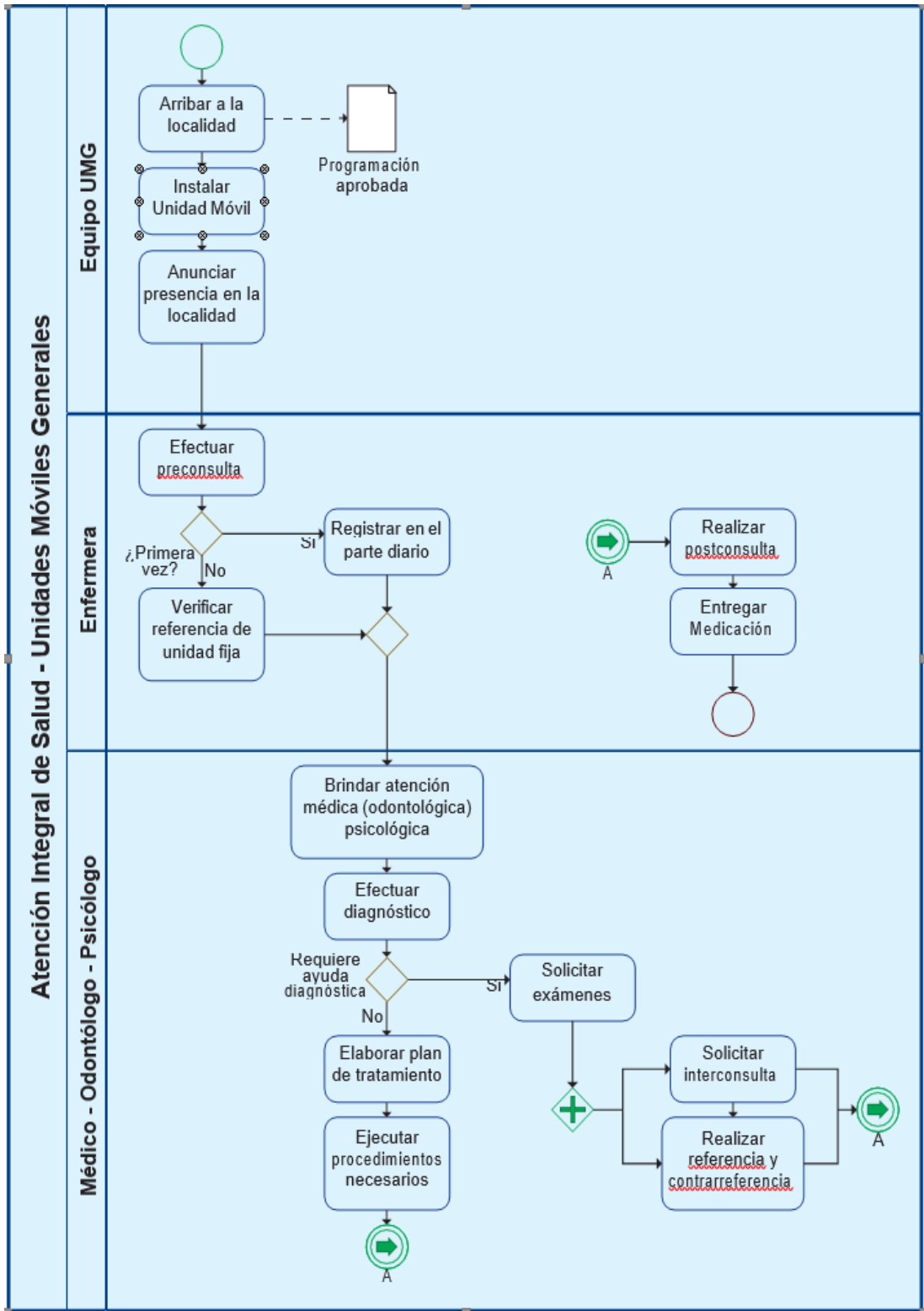
- Efectúa atención psicológica en general.
- Acciones de promoción de salud mental individuo, familia y comunidad.
- Acciones de prevención primaria: con líderes comunitarios, padres de familia, maestros y alumnos.
- Asesoría a los miembros del equipo en la temática de salud mental.
- Detección de precoz de problemas de salud mental en el individuo.
- Atención psicológica a los casos detectados: al menos una sesión sicoterapéutica individual o grupal.

- Ingreso diariamente al RDACAA las actividades de atención ambulatoria realizadas de acuerdo a programación.
- Referencia de problemas de salud mental en los casos que se requiera.
- Elaboración y envío de informes mensuales y anual de las respectivas actividades de la Unidad Móvil a nivel local y la coordinación nacional de unidades móviles.

Como parte del personal sanitario de las unidades móviles está el operador (chofer) quien es un profesional de la conducción de vehículos autorizados por la autoridad competente en el Ecuador, con entrenamiento adicional, en lo que se refiere al manejo. Responsable del mantenimiento, custodia y seguridad del vehículo es parte del equipo de salud que apoya en la programación y ejecución de actividades.

Gráfico 1.

Flujograma de Atención en la Unidad Móvil



Fuente: (Dirección Nacional de atención Pre-Hospitalaria y Unidades Móviles, 2016)

2.1.5. Criterio de Movilización

En caso de requerirse unidades móviles de salud, se movilizarán en orden de prioridad de acuerdo a la cercanía de las mismas al lugar de ocurrencia del desastre o emergencia. En los casos en que las unidades móviles de salud pertenezcan a una zona diferente al lugar del desastre; la disposición de movilización se efectuará desde la Dirección Nacional de Atención Pre- hospitalaria y Unidades Móviles y los gastos de movilización es responsabilidad de la Zona y o Distrito al cual están ancladas.

En desastres, las unidades móviles generales y quirúrgicas se ubicarán en inmediaciones cercanas al punto de ocurrencia del evento, definidas para tal fin. Se deberá considerar para su ubicación condiciones de seguridad, que eviten exposición a riesgos como caída de objetos, deslizamientos de tierra, etc. Las atenciones brindadas en las unidades móviles serán de acuerdo a su cartera de servicios; en caso de ser necesario se prestará apoyo en actividades de triage y evacuación de víctimas. Las unidades móviles consideran criterios de movilización:

2.1.6. Jornada Laboral

Las unidades móviles deben atender en los lugares a ser visitados la jornada completa cada día (8 horas), por lo tanto, el responsable de la unidad realizará el cronograma de salidas que será aprobado por la Coordinación Zonal y/o Distrito de Salud, coordinar con las unidades fijas y autoridades locales, para el respectivo traslado del equipo de salud y del vehículo, así como el reconocimiento de la movilización en base a la normativa legal. En situaciones de emergencia el horario será de acuerdo a lo establecido en el plan de contingencia.

2.1.7. Sistema de Información

El abordaje asistencial de la comunidad será apoyado por un sistema de información a través del cual se realizará el registro de todas las actividades de promoción y prevención y asistencial, utilizando los instrumentos del MSP. Aunque para el personal de

salud puede ser obvio que la asesoría brindada al usuario/a es una prestación, es necesario que esta información quede registrada en el parte diario, así como es importante registrar y visibilizar los casos de violencia basada en el género, las ITS, métodos anticonceptivos y sexualidad. Documentos indispensables para el sistema de información:

- Historia clínica
- Análisis y reporte de la información.
- Registro diario de consultas de atenciones ambulatorias -RDACAA-
- SNS-MSP/HCU form. 002 Motivo de Consulta, enfermedad actual
- SNS-MSP/HCU form. 005 Evolución y prescripciones
- SNS-MSP/HCU form. 033 Historia Clínica estomatológica
- SNS-MSP/HCU form. 028.1 Atención del escolar y adolescente
- SNS-MSP/HCU form 010 Laboratorio clínico
- SNS-MSP/HCU form.011/2007 Referencia
- SNS-MSP/HCU form.012/2007 Imagenología- Solicitud
- SNS-MSP/HCU form.013/2007 Histopatológico- solicitud

2.2. Acceso de servicios de Salud.

El derecho a la salud, en el contexto de los derechos económicos, sociales y culturales fue reconocido de forma global en el tratado adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1966 y puesto en vigor en 1976 como se citó en Fajardo,et al., (2015)

Reconoce que toda persona debe disfrutar “del más alto nivel posible de salud física y mental”, lo que debe garantizarse a través del acceso a los factores determinantes de la salud y mediante un sistema de atención a la salud que sea accesible para toda la población. Derivado del derecho a la salud, se ha formalizado el derecho a la protección de la salud, esto es, la responsabilidad para establecer un mecanismo que asegure los elementos

de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención sanitaria (pág. 181)

La accesibilidad hace referencia a que las personas con necesidades en salud puedan identificar los servicios que existen.

El acceso a los servicios de salud, entendidos de forma amplia desde la promoción y prevención hasta los aspectos curativos, resulta ser entonces la expresión final de los esquemas implementados para garantizar el financiamiento y la provisión de servicios en un contexto determinado, así como de los elementos que determinan los resultados del acceso en términos de salud de la población (Fajardo, Gutierrez, & García, 2015, pág. 181)

2.2.1. Universalidad de la cobertura y acceso efectivo

Es en este planteamiento general que el acceso efectivo a los servicios de salud se esboza como la operacionalización de la cobertura universal en salud: que un individuo que presente una condición de salud identificada como requerimiento o necesidad de atención esté en condiciones de acudir a un servicio de salud en el que reciba la atención a la condición que lo hizo acudir, con el mejor resultado posible. Para darse este acceso efectivo, ante la necesidad percibida debe contarse con la posibilidad de acudir sin barreras (financieras o de acceso) a los servicios, y que los mismos tengan la capacidad resolutive y calidad requeridas. Entre los elementos que podrían incidir en el acceso afectivo se encuentra la afiliación a los servicios. (Fajardo, Gutierrez , & García, 2015, pág. 183)

Consolidar el acceso efectivo dependerá de la forma en que las instituciones logren establecer los mecanismos que permitan consolidar el acceso universal al financiamiento y transformarlos en el acceso efectivo a servicios de salud, entendido como la definición operativa de la cobertura universal en salud; esto es, que un individuo que presenta una condición de salud y que identifique necesidad de atención

pueda acudir sin restricciones financieras, geográficas o de oportunidad a un servicio de salud con capacidad resolutoria. (Fajardo, Gutierrez , & García, 2015, pág. 186)

La Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud como lo resalta Sánchez Torres (2017) señala que:

La accesibilidad a los servicios de atención médica interactúa condiciones como la distancia, los horarios de atención, las dotaciones y cualidades individuales para demandar servicios. Por ejemplo: son diferentes las necesidades de atención una persona que vive en la costa a la que vive en la sierra. La geografía manda y determina el estado de salud de sus poblaciones, así como los problemas de accesibilidad. La geografía influye de manera importante sobre las transiciones epidemiológica, demográfica y nutricional. La geografía ha limitado la integración política y económica, por lo que las inequidades y la exclusión social continúan. (pág. 84)

La Atención Primaria de la Salud, que se basa en métodos y tecnologías prácticas científicamente fundadas y socialmente aceptadas, puestas al alcance de todos los individuos generando su participación y autorresponsabilidad a un costo que la comunidad y el país pueden soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo (Barceló, 2009, pág. 42).

Todo Sistema de Salud, en su planificación, tiene que tener en cuenta la accesibilidad, es decir, el suministro continuo y organizado de asistencia para toda la comunidad, en condiciones favorables desde el punto de vista geográfico, financiero, cultural y funcional; esto es, la asistencia permanente y adecuada a quienes lo necesitan (Barceló, 2009, pág. 54).

Cabe mencionar para lograr el desarrollo integral de la población, es fundamental garantizar una vida saludable y promover las condiciones para una vida digna para todos. Durante estos últimos diez años, el gasto público en salud como porcentaje registrado en el PIB tuvo un crecimiento

significativo, de 1,2% en 2007 a 2,92% en 2016, lo cual se vio reflejado en el aumento de la infraestructura y el equipamiento médico. Esto contribuyó al incremento de la atención médica y de los servicios de salud, pero aún está pendiente mejorar tanto la atención oportuna y de calidad para toda la población, como la implementación de una atención integral familiar y comunitaria, con lo que se pueda fortalecer el modelo preventivo en todo el territorio. Además, se debe garantizar los recursos económicos y contar con el talento humano necesario para responder a las necesidades emergentes del Sistema de Salud Pública.(Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021, pág. 50)

2.2.2. Determinantes de la accesibilidad

Barrera geográficas y territoriales están vinculadas directamente con las condiciones espaciales y orográficas como son las distancias de los centros de salud, que exista infraestructura vial, transporte con horarios adecuados, etc.

Barreras económicas también impiden la accesibilidad, ya sea por la falta de recursos para el transporte como para la compra de medicamentos.

Barreras administrativas expresan la dificultad de la organización misma de los servicios, como son los horarios de atención o turnos.

La cuarta barrera es la cultural y está centrada en las diferentes culturas entre el personal de los servicios y la población, en donde se incluye la clase social, educación, valores culturales, percepciones, creencias. la cual se erige como una barrera de acceso. Por su parte, las cuestiones culturales, son las creencias respecto a la salud, las costumbres, y la visión que tienen respecto a la enfermedad y la muerte, lo que da la pauta para la toma de decisiones ante una eventualidad o una enfermedad.

2.3. Atención primer nivel

Se considera al primer nivel aquel que representa el contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar que residen y trabajan personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia primaria (Barceló, 2009, pág. 54).

El primer nivel es el más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto. Está dado, en consecuencia, como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. Se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz. (Vignolo, Vacarezza, Álvarez, & Sosa, 2011)

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, como lo menciona nuevamente Sánchez Torres (2017) .

El derecho a la salud abarca cuatro elementos, con los cuales garantiza que la política pública sea integral y su impacto sea completo en la atención de las necesidades sanitarias de la población. La accesibilidad es uno de los cuatro pilares que componen una política pública en salud:

- Disponibilidad. Se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud.
- Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a toda la población. Evitando ser discriminatoria, deben existir las condiciones para el acceso físico, accesible económicamente y se debe

proporcionar toda la información necesaria para que la persona comprenda y pueda lograr una atención efectiva.

- **Aceptabilidad.** Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par de sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida.
- **Calidad.** Deberán proporcionar una atención apropiada y con una condición adecuada a la necesidad de la población. Se rescata el concepto como el medio oportuno para que se haga realidad el cumplimiento de la satisfacción de la persona por recibir la atención que requiere (págs. 84,85).

2.3.1. Atención Preventiva

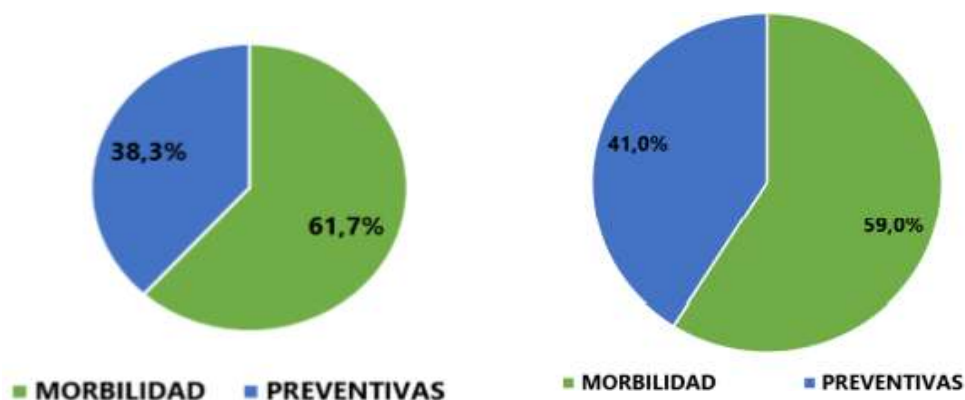
Número de consultas de atención de prevención (atención prenatal, parto y post parto; planificación familiar, DOC, control de niños/as menores de un año, de uno a cuatro años, de cinco a nueve años y adolescentes) por médicos, obstetrices y psicólogos, que se realiza por demanda espontánea en las unidades operativas del Ministerio de Salud Pública.

2.3.2. Atenciones de Morbilidad

Número de consultas por morbilidad que es la atención realizada por un profesional (médico, odontólogo, psicólogo u obstetrix) a la persona con relación a un cuadro patológico dado, producido por la demanda espontánea o programada en la consulta externa de un establecimiento de salud.. (MSP-Coordinación General de Planificación, 2016, pág. 33)

Gráfico 2.

Producción de Consulta Externa por tipo de consulta 2015 y 2016



Fuente: Ministerio de Salud Pública/ Coordinación General de Planificación/ Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud 2015, 2016

2.3.3. Atención de emergencias

En desastres, las unidades móviles generales y quirúrgicas se ubicarán en inmediaciones cercanas al punto de ocurrencia del evento, definidas para tal fin. Se deberá considerar para su ubicación condiciones de seguridad, que eviten exposición a riesgos como caída de objetos, deslizamientos de tierra, etc. Las atenciones brindadas en las unidades móviles serán de acuerdo a su cartera de servicios; en caso de ser necesario se prestará apoyo en actividades de triage y evacuación de víctimas. Las unidades móviles quirúrgicas funcionarán a su máxima capacidad y podrán ampliar sus prestaciones de servicios de acuerdo a la especialización de los profesionales sanitarios disponibles. (Dirección Nacional de atención Pre-Hospitalaria y Unidades Móviles, 2016, pág. 79)

2.4. Marco legal ético

2.4.1. Marco legal

2.4.1.1. Constitución de la República del Ecuador

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (Registro Oficial, 2008, pág. 13)

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control. (Registro Oficial, 2008, pág. 62)

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas. (Registro Oficial, 2008, pág. 62)

2.4.1.2. Ley Orgánica de Salud

Art. 4.- *Servicio de Atención de Salud Móvil. - Los servicios de atención de salud móvil son los siguientes:*

- *Apoyo transversal a todos los niveles de atención.*
- *Servicio de ambulancias: Servicio ambulatorio móvil de atención y apoyo*

Art. 23.- *La Atención de Salud Móvil es el servicio integrado de salud transversal a todos los niveles de atención que tiene como principio la movilidad e itinerancia, mediante la cual se provee prestaciones de salud móvil en situaciones de urgencias/emergencias, transporte y atención directa usuarios/pacientes.*

Este servicio tiene dos modalidades:

- 1. Servicio de ambulancias que está integrado por los Vehículos de Transporte y Asistencia Sanitaria/Ambulancias; y,*
- 2. Servicio Ambulatorio Móvil de Atención y Apoyo, integrado por las Unidades Móviles de Atención y por las Unidades Móviles de Apoyo (MSP Ecuador, 2014, pág. 16)*

Art. 25.- *Unidades Móviles De Atención. - Se define como el servicio de salud móvil brindado mediante vehículos sanitarios especiales con el componente de talento humano específico y equipamiento correspondiente, de acuerdo a las prestaciones que ofrezca. Se divide en tres tipos de servicios: Unidades Móviles Generales, Unidades Móviles Quirúrgicas y Hospital Móvil.*

Unidades móviles generales (UM-G) Estas unidades brindan prestaciones ambulatorias de baja complejidad. Realizan acciones de promoción,

prevención de la salud y apoyan transversalmente a todos los niveles de atención con servicios programados e itinerantes. Su misión es extender la cobertura a comunidades distantes y lugares donde no existan servicios de salud. Dentro de sus prestaciones están: odontología, psicología, medicina familiar o general. El personal de salud estará acorde al tipo de atención y contará con el título registrado en la Secretaría de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación (SENESCYT) y en el Ministerio de Salud Pública. La unidad móvil es un vehículo capaz de llegar a zonas de difícil acceso. Presta su contingente en situaciones de emergencia y desastres, movilizándose a cualquier lugar del territorio nacional que se requiera ((MSP Ecuador, 2014, pág. 18)

2.4.1.3. Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS

Atención en Establecimientos Móviles. - Los Establecimientos Móviles de Salud (EMS) forman parte de una estrategia puntual y ambulatoria de servicios de salud.

Su fundamento es “mantener una presencia “en el terreno, sin embargo, la estrategia de excepción, que solo se utiliza, como último recurso para prestar servicios de salud a las poblaciones que no tienen acceso a un sistema sanitario (Ministerio de Salud Pública, 2012, pág. 69)

2.4.1.4. Plan del Buen Vivir

Objetivo 3. Mejorar la calidad de vida de la población.

Este objetivo propone, por tanto, acciones públicas, con un enfoque intersectorial y de derechos, que se concretan a través de sistemas de protección y prestación de servicios integrales e integrados. En estos sistemas, los aspectos sociales, económicos, ambientales y culturales se articulan con el objetivo de garantizar los derechos del Buen Vivir, con énfasis en los grupos de atención prioritaria, los pueblos y

nacionalidades. (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2009, pág. 189)

3. Políticas y lineamientos

3.3. Garantizar la prestación universal y gratuita de los servicios de atención integral de salud por ciclos de vida y sin costos para las y los usuarios, con calidad, calidez y equidad a. Articular los diferentes servicios de la red pública de salud en un sistema único, coordinado e integrado y por niveles de atención. (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2009, págs. 202,203)

2.4.2. Marco Ético

2.4.2.1. Código de Ética

Art. 4.-Compromisos. El proceder ético compromete a los servidores/as del Ministerio de Salud Pública.

- a. Contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud de toda la población, entendiendo que la salud es un derecho humano inalienable, indivisible e irrenunciable, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado;*
- b. Administrar, utilizar y rendir cuentas del uso de los bienes del Ministerio de Salud Pública.*
- c. Concientizar que la principal riqueza del Ministerio de Salud Pública, constituye el talento humano que está al servicio de la población en general;*
- d. Cumplir rigurosamente los protocolos y normativas en los diferentes procedimientos técnicos y administrativos que sean pertinentes;*
- e. Respetar las diferencias e identificar los derechos específicos de los/as usuarios/as que presentan diversas necesidades;*

- f. *Brindar un servicio de alta calidad técnica y humana, con entrega incondicional en la tarea encomendada;*
- g. *Demostrar una conducta intachable y justa, alineándose a la misión y visión de la Institución;*
- h. *Garantizar atención con calidad y calidez en todo el portafolio de servicios del Ministerio de Salud Pública (Ministerio de Salud Pública, 2013, pág. 7)*

2.4.2.2. Ley de Derechos y Amparo del Paciente

Capítulo II Derechos del Paciente

Art. 2.- Derecho a una Atención Digna. - *Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el centro de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía (Ministerio de Salud Pública, 2006, pág. 1).*

Art. 3.- Derecho a no ser Discriminado. - *Todo paciente tiene derecho a no ser discriminado por razones de sexo, raza, edad, religión o condición social y económica (Ministerio de Salud Pública, 2006, pág. 2).*

Art. 4.- Derecho a la Confidencialidad. - *Todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial (Ministerio de Salud Pública, 2006, pág. 2).*

Art. 5.- Derecho a la Información.- *Se reconoce el derecho de todo paciente a que, antes y en las diversas etapas de atención al paciente, reciba del centro de salud a través de sus miembros responsables, la información concerniente al diagnóstico de su estado de salud, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos a los que médicamente está*

expuesto, a la duración probable de incapacitación y a las alternativas para el cuidado y tratamientos existentes, en términos que el paciente pueda razonablemente entender y estar habilitado para tomar una decisión sobre el procedimiento a seguirse. Exceptúense las situaciones de emergencia. El paciente tiene derecho a que el centro de salud le informe quien es el médico responsable de su tratamiento (Ministerio de Salud Pública, 2006, pág. 2).

Art. 6.- Derecho A Decidir. - *Todo paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias el centro de salud deberá informarle sobre las consecuencias de su decisión (Ministerio de Salud Pública, 2006, pág. 2).*

CAPÍTULO III

3. Marco metodológico

3.1. Descripción del área de estudio



Figura 1. Mapa del Distrito 10D01 de Imbabura

El trabajo de investigación se realizó en el Distrito de Salud No 1 de la provincia de Imbabura que de acuerdo a Distritos administrativos a nivel nacional actualizados al VII Censo de población 2010 corresponde como Distrito 10D01, Ibarra, Pimampiro, San Miguel de Urququí, de la Zona 1 de salud; se encuentra conformada por 25 Unidades Operativas de primer nivel de atención, que se distribuyen en los tres cantones de la Provincia de Imbabura, además cuenta con Unidad Móvil de Salud General Provincial que fue anclada a este distrito salud en el año 2016, una vez que se p la desconcentración del Ministerio de Salud y para efectivizar el funcionamiento de las unidades móviles de salud a nivel nacional se define la coordinación las unidades móviles a través de los distritos de salud, responsables de la gestión administrativa, operativa y financiera.

3.2. Tipo de investigación

Descriptivo. – Se describió , analizó, y cuantificó las consultas brindadas por la unidad móvil y las unidades de salud, pertenecientes al Distrito 10D01 de Imbabura, y las características en las cuales se desarrollaron las actividades extramurales de la unidad móvil de salud, desde la coordinación, planificación, nudos críticos ,y el aporte de la unidad móvil de salud, además de plantear lo más relevante sobre las consultas generadas en base al cumplimiento de actividades de la unidad móvil, en las distintas comunidades de las 14 unidades operativas.

3.3. Métodos de investigación

3.3.1. Mixto

- **Cualitativo.** - Se identificó el nivel de satisfacción del usuario interno de salud.
- **Cuantitativo.** – Se cuantificó estadísticamente el número de consultas realizadas por los profesionales de las unidades operativas del distrito 10D01 y de la unidad móvil general y su clasificación por acción brindada como preventiva y de morbilidad; permitiendo el análisis comparativo.

3.4. Diseño Metodológico

- **De campo.** – Se recolectó la información directamente de los profesionales de la salud en las unidades operativas del Distrito 10D01, a través de la entrevista, en su área de influencia.
- **Documental.** –Se utilizó la información estadística de las atenciones realizadas por las unidades operativas del distrito de salud y de la Unidad móvil de salud proporcionada por el departamento de estadística del Distrito de salud.

3.5. Población y Muestra

3.5.1. Población

25 Unidades de Salud del Distrito de Salud 10D01de Imbabura que se encuentran ubicadas en las cabeceras parroquiales tanto urbanas como rurales de los cantones Ibarra, Pimampiro y San Miguel de Urququí.

3.5.2. Muestra no probabilístico o por conveniencia

El presenta trabajo consideró utilizar una por conveniencia así lo explica Otzen y Manterola (2017): “Permite seleccionar aquellos casos accesibles que acepten ser incluidos. Esto, fundamentado en la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador” (pág. 230). Tan útiles para determinar actitudes y opiniones, de manera general, se seleccionaron a las unidades de salud, donde la Unidad Móvil de Salud hizo su intervención por más de dos ocasiones durante el período comprendido entre enero a diciembre del 2017 que fueron 12 unidades de salud, seis del sector rural y seis del sector urbano:

- Centro de Salud No 1 Tipo B Ibarra (I -1)
- Centro de Salud Tipo A Pimampiro (I-2)
- Centro de Salud de Urququí (I-3)
- Centro de Salud Tipo A Ambuquí (I-4)
- Centro de Salud Tipo A El Tejar (I-5)
- Centro de Salud Tipo A La Carolina (I-6)
- Centro de Salud Tipo A Lita (I-7)
- Centro de Salud Tipo A Mariano Acosta (I-8)
- Centro de Salud Tipo A Zuleta (I-9)
- Centro de Salud Tipo A San Antonio (I-10)
- Centro de Salud Tipo A Pablo Arenas (I-11)
- Centro de Salud Tipo A Caranqui (I-12)

Se asignó a las unidades de salud un código para hacer referencia dentro análisis de resultados, asegurando de esta manera la confidencialidad del informante de las unidades de salud que participaron en la entrevista.

3.6. Procedimiento

Primer momento: se solicita la autorización del Director distrital para el levantamiento de la información.

Segundo momento: Validación del instrumento

- Se elaboró un guion de entrevista para los usuarios internos que son los profesionales de las unidades operativas del distrito 10D01, con las categorías de planificación, organización, oportunidad de la información, percepción y fidelización.
- Proceso de aplicación del instrumento piloto.
- Se eligió 3 unidades operativas, las mismas que cumplieron con el criterio de inclusión, es decir unidades de salud, donde la unidad móvil general intervino por más de dos ocasiones en su área de influencia, en el periodo comprendido de enero a diciembre del 2017.
- Se realizó la entrevista a los profesionales de las unidades elegidas de acuerdo a la programación, considerando tiempo que demoraría la entrevista, una por día.
- Nos permitió validar la entrevista en cuanto a estructura, comprensión y tiempos.

Aplicación del instrumento:

- Se sectorizó las unidades operativas para la aplicación de la entrevista en las instalaciones de las unidades de salud se inicia en el cantón Ibarra, seguida en el cantón Pimampiro, finalmente las del cantón Urcuquí, se firman consentimientos informados y con ayuda de un grabador de voz digital, se desarrollan las entrevistas.
- Con una matriz de análisis de contenido se recaba de la información de la base de datos del departamento de estadísticas del distrito 10D01 referente a las consultas de la unidad móvil general y de las unidades operativas que intervienen en la investigación.

Tercer momento: Análisis e interpretación de datos.

3.7. Técnicas e instrumentos de investigación

Técnicas:

- Entrevista a los usuarios internos del distrito de salud 10D01 de Imbabura.
- Análisis Documental: información estadística del RDACCA de los profesionales de las unidades operativas y de la unidad móvil.

Instrumentos:

- **Guion de entrevista.** – Que se realizó a los profesionales de las unidades operativas del distrito de salud No 1 de la Provincia de Imbabura
- **Matriz de análisis de contenido de datos estadísticos.** -Número de consultas de atenciones realizadas por los profesionales de la Unidad Móvil de Enero a diciembre 2017.

3.8. Técnica de procesamiento y análisis de datos

- **Estadística descriptiva.** -Análisis de información y presentación de datos en Microsoft Excel, lo que correspondiente a la información cuantitativa.
- **Análisis de discurso .-** como lo menciona Urra y otros (2013)

Como proceso interpretativo (...) La confiabilidad y la validez de los hallazgos recaen en la fuerza y la lógica argumentativa del investigador/a en los reportes pertinentes a los hallazgos (...) El objetivo final de los reportes es presentar los análisis de los datos y conclusiones en tal forma que el lector valore las interpretaciones del investigador/a. (pág. 54)

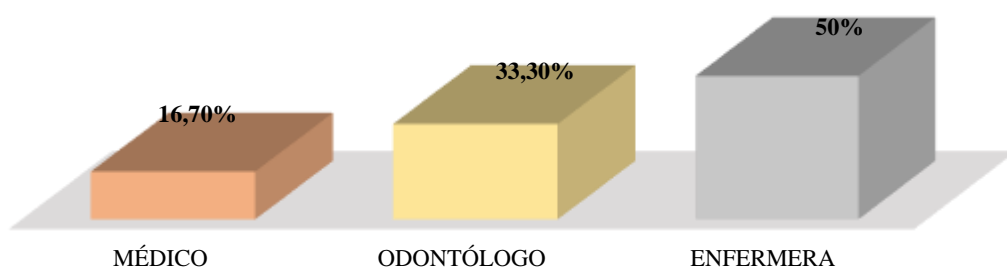
En base a los conceptos, las percepciones que emitieron los informantes de esta investigación, se realiza interpretaciones donde se acentúa aspectos importantes referente al grado de satisfacción del usuario interno.

CAPÍTULO IV

4. Análisis y resultados de la Investigación

Gráfico 3.

Tipo de profesional de las unidades operativas



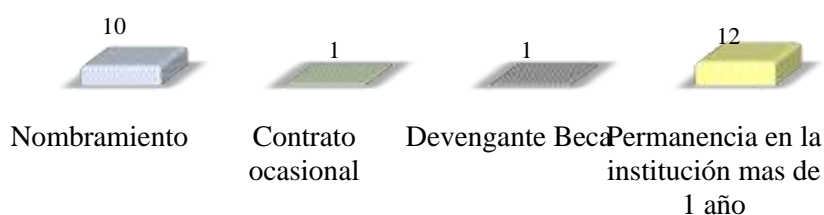
Fuente: entrevistas realizadas entre septiembre –noviembre del 2018

Elaboración: Mirian Anrrango

Este gráfico demuestra que las profesionales de enfermería ocupan el mayor porcentaje y son las que lideran las unidades operativas.

Gráfico 4.

Denominación laboral y permanencia en la institución



Fuente: entrevistas realizadas entre septiembre –noviembre del 2018

Elaboración: Mirian Anrrango

En este gráfico señala que el personal de salud cuenta con nombramiento y en su permanecía en la institución es más de 1 año consecutivo, lo que garantiza el conocimiento del trabajo coordinado con la unidad móvil de salud y su información sea veraz y oportuna.

Tabla 3.*Consultas preventivas y de morbilidad de la Unidad Móvil*

Unidades Operativas de Distrito de Salud No.1	Consultas por médico		Consultas por Odontólogo		Consultas por Psicólogo		Actividades por enfermera
	Preventivas	Morbilidad	Preventivas	Morbilidad	Preventivas	Morbilidad	
Caranqui	473	77	70	89	0	98	0
San Antonio	604	266	263	129	3	210	0
Centro de Salud 1	1741	224	625	275	86	298	8
Pimampiro	157	177	180	174	10	61	0
Lita	148	201	57	53	2	86	0
Alpachaca	21	62	23	39	4	34	0
La Esperanza	90	253	135	145	2	114	0
El Tejar	24	56	29	26	0	13	0
Mariano Acosta	28	50	10	12	0	24	0
La Carolina	66	16	27	6	0	23	0
Ambuquí	3	31	27	5	0	15	0
Zuleta	3	11	7	5	0	10	0
TOTALES	3358	1424	1453	958	107	986	8

Fuente: RDACAA unidades operativas enero- diciembre 2017, Concentrados mensuales o de unidades móviles –coordinación nacional enero-diciembre 2017

Elaboración: Mirian Anrrango

Se toma en cuenta a 12 unidades operativas del distrito de salud No 1 de Imbabura, las mismas que coordinaron con la unidad móvil en la atención a 62 comunidades consideradas de acceso limitado en atención médica, población cautiva entre estas ,14 unidades educativas, 4 centros de atención del adulto mayor, 23 centros que corresponde al MIES “Centros de Atención Integral del Buen Vivir (CIBVs)” y Creciendo con Nuestros Hijos (CNH), jornadas y ferias de la salud de atención a grupos LGBTI, respetando sus derechos y disminuyendo barreras de acceso a la salud, conforme al Modelo de Atención Integral de Salud.

“La atención en salud debe tener un enfoque integral (biopsicosocial y familiar), con énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad; reconociendo las necesidades particulares de la población LGBTI y, al mismo tiempo, brindando servicios integrales como a cualquier otro u otra usuaria del Sistema Nacional de Salud (SNS). (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2016, pág. 15)

Los profesionales de la unidad móvil prestaron sus servicios en la atención a personas por consumo nocivo de alcohol y otras drogas, asistencia que de acuerdo al protocolo dirigido a ese grupo de población:

Los establecimientos de salud del primer nivel de atención son el primer contacto del personal de salud con la población para realizar acciones de promoción, prevención integral en el consumo de drogas y tratamiento terapéutico ambulatorio, ya que están enfocadas en acciones comunitarias a través de estrategias, actividades específicas, comunicacionales y formativas con las que se generan conocimiento sobre el fenómeno social de las drogas, y favorecen la participación coordinada con las organizaciones de la sociedad civil. (Ministerio de Salu Pública del Ecuador, 2015, pág. 5)

Independiente de los criterios de planificación con la unidad móvil de salud se evidencia en la tabla 3, el total de consultas preventivas en medicina y odontología

superan a las de morbilidad, no así en el caso de las consultas de Psicología donde la morbilidad es superior a la preventiva, coinciden con la definición de las unidades de primer nivel de atención donde las actividades para la unidad móvil se ajustan al Modelo de Atención Integral de Salud (2012):

El I Nivel de atención, por su contacto directo con la comunidad debe cubrir a toda la población, este nivel debe resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes de la comunidad. Los servicios darán atención integral dirigida a la familia, individuo y comunidad, enfatizando en la promoción y prevención. Estas actividades serán intra y extramurales. (pág. 86)

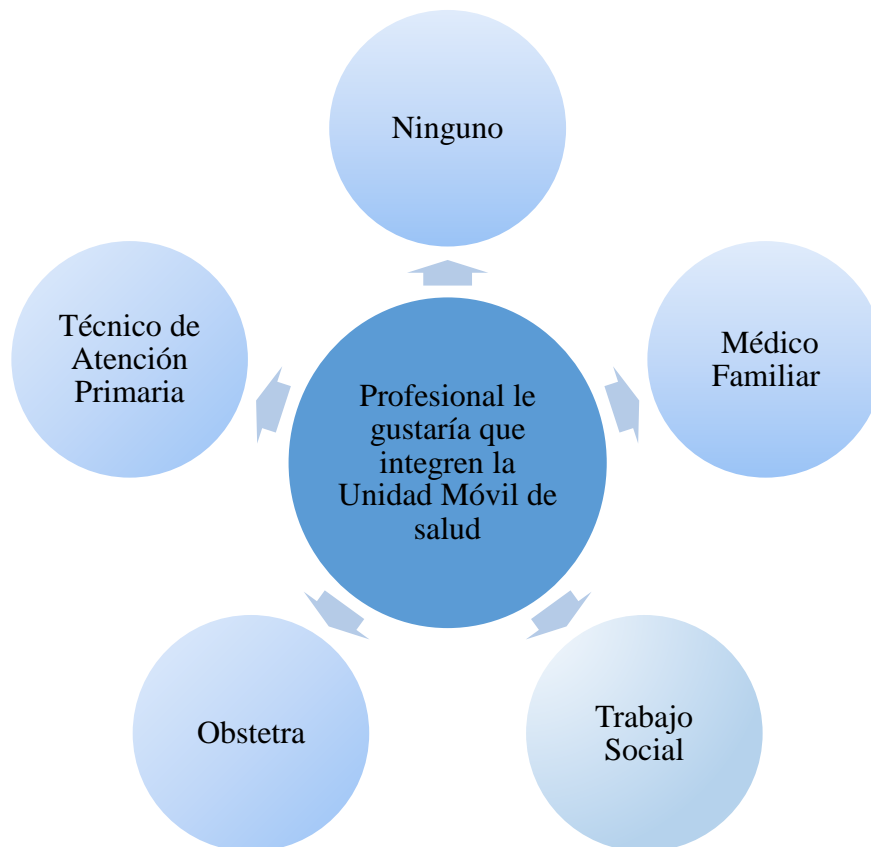
Se puede evidenciar mayor número de consultas preventivas en relación a las consultas de morbilidad, lo que significa que las prestaciones de salud se ajustan a las definiciones de atención del primer nivel, como lo menciona Dmytraczenko y Almeida (citado en Almeida y otros , (2018) El rol del primer nivel de atención para la reducción de las enfermedades crónicas y factores de riesgos es esencial. La inversión en el aumento de la capacidad del primer nivel de atención para la prevención de enfermedades, diagnóstico temprano y detección de los factores de riesgos es uno de los pilares principales de la Declaración de Alma- Ata y de la Estrategia de Salud Universal. Una de las recomendaciones en relación con servicios de salud preventiva para adultos es realizar por lo menos una consulta preventiva por año. Sin embargo, y a pesar del aumento en el tiempo, en varios países de América Latina el promedio anual de consultas preventivas está alrededor de 20%, lo que representa una brecha significativa con respecto a lo que debería ser un modelo de atención preventiva. (pág. 4)

A lo anterior, coincide con lo expuesto por Ministerial R. (como se citó en Sosa-Flores y Sosa-Meño 2019): En el primer nivel de atención se atiende el 70-80% de la demanda del sistema de salud y constituye la puerta de entrada al sistema de salud, y es aquí que el equipo de salud asume el pacto con la comunidad, tomando directamente la responsabilidad por la salud de su población. (pág. 167)

Se debe agregar que las consultas preventivas de 4926, distribuidas por profesional, en un cuadro comparativo con las unidades operativas fijas , se determina que las consultas preventivas son mayores que las de morbilidad tanto en la unidad móvil y las unidades operativas de esa manera la unidad móvil de salud como parte del primer nivel de atención se ajusta y al primer objetivo estratégico del MAIS (Ministerio de Salud Pública, 2012).El análisis de las consultas preventivas durante los últimos años debe en gran medida al cambio del enfoque curativo al enfoque de producción y cuidado de la salud gracias a las acciones de las unidades de salud en prevención y promoción de la salud, a estos conceptos coinciden los que emiten en los estudios (Almeida, Artaza, Donoso, & Fábrega, 2018) y (Sosa-Flores & Sosa-Meño, 2019) ,donde se demuestra el crecimiento de las consultas preventivas a nivel latinoamericano.

Ilustración 1.

Profesional que le gustaría que integre la Unidad Móvil de salud



Fuente: Entrevista a los profesionales unidades operativas del distrito de salud 10D01 de Imbabura

Elaboración: Mirian Anrrango

La mayoría de entrevistados consideran que la Unidad Móvil, es un equipo completo para las prestaciones de servicios que le corresponde cubrir, como menciona:

(I-7) la Unidad Móvil “está diseñado en el Modelo de atención integral de salud (MAIS), si hay necesidad de incorporar a nuevos profesionales que puedan satisfacer las demandas de la comunidad bienvenido, pero incorporar sin haber hecho un estudio seria aventurarse hacer las cosas tal vez no muy bien” , coinciden con la opinión del (I-11) “Creo que esta bien el tipo de profesionales que se encuentra con esos servicios de atención primaria más bien si se necesita otro tipo de profesional ellos

derivarían o se pondrían en contacto con las unidades de salud para canalizar las atenciones que requieren profesionales especializados.”

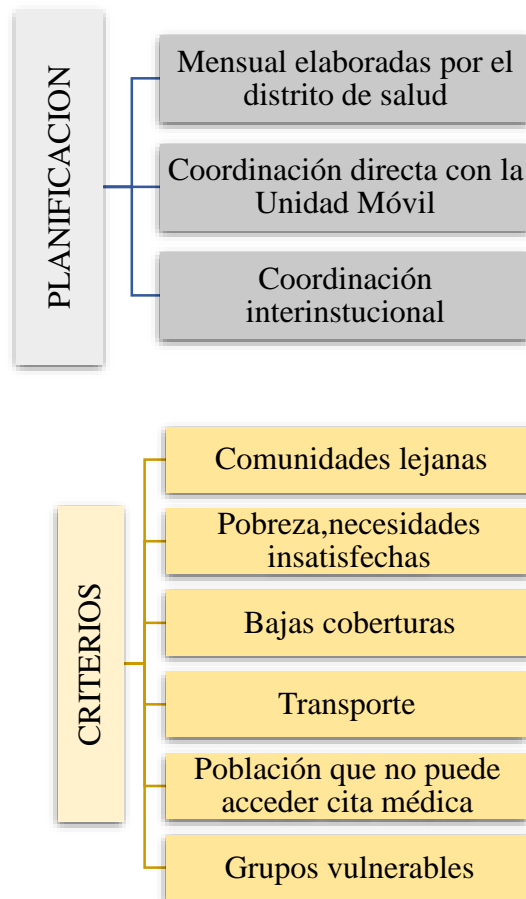
De igual modo en otros países donde se desarrolla las unidades móviles de salud como es el ejemplo de México, Reyes (2011) señala que el Programas de Caravanas de Salud se despliegan.” Vehículos que contienen equipo médico y odontológico para el diagnóstico y tratamiento, de diversos niveles de capacidad resolutive y están operados por personal capacitado: un médico, una enfermera, un promotor/operador y un odontólogo”. (pág. 36)

Es necesario recalcar que en el Ecuador en base al Art.25 de Acuerdo Ministerial 5212 define que:

Unidades móviles generales: brindan prestaciones ambulatorias de baja complejidad (...) Dentro de sus prestaciones están: odontología, psicología, medicina familiar o general. El personal de salud está acorde al tipo de atención contara (...) La unidad móvil es un vehículo capaz de llegar a zonas de difícil acceso. Presta su contingente en situaciones de emergencia y desastres, movilizándose a cualquier lugar del territorio nacional que se requiera. (Ministerio de Salud Publica Ecuador, 2014, pág. 14)

Ilustración 2.

Planificación y criterios de programación de actividades con la Unidad Móvil



Fuente: Entrevista a los profesionales de 12 unidades operativas del distrito de salud 10D01 de Imbabura

Elaboración: Mirian Anrrango

Los profesionales de las unidades operativas mencionan que las planificaciones se realizan mensualmente y se envían al Distrito de Salud, otras coordinan interinstitucionalmente como el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), unidades educativas o con los comités locales de salud, y algunas unidades programan sus actividades extramurales, considerando varios criterios de planificación entre los más relevantes están: la ubicación de las comunidades como lo dice:

(I-4) “La lejanía de la comunidad y la falta de cobertura por parte del centro de salud hacia esa comunidad, falta de transporte, y

movilización”.(I-5) “Se envía una planificación al distrito y se confirman fechas, se considera para realizar las planificaciones grupos etarios específicamente entre las edades de 20 a 64 años de edad que para ellos es más difícil de acceder a los turnos, ya que se da prioridad a grupos vulnerables, a los cuales se les asigna los turnos y para ellos es difícil coger un turno, y si lo obtienen es de cuatro o cinco días”

(I-2,7) “Los grupos que más necesitan atención son: los escolares, adultos mayores, el criterio de población donde se toma en cuenta: pobreza, accesibilidad geográfica, necesidades básicas insatisfechas, infraestructura sanitaria”.

En relación con las opiniones emitidas por la mayoría de entrevistados, López (2012) manifiesta:

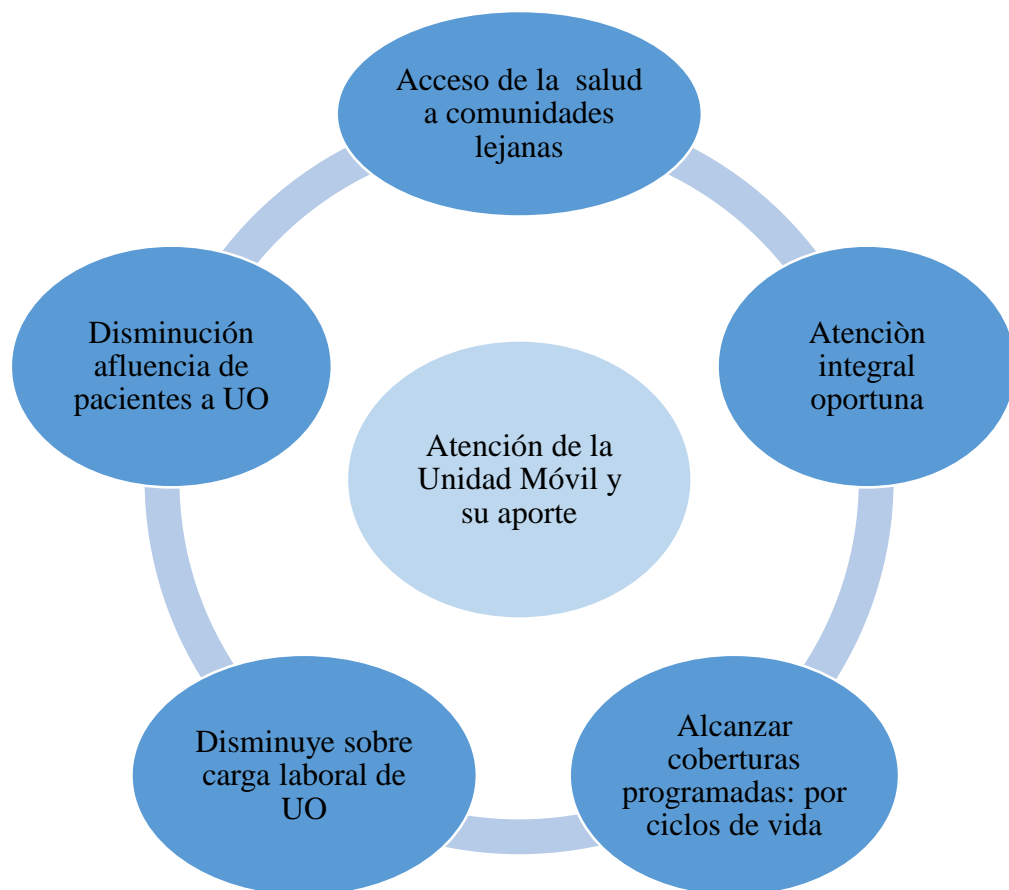
Los criterios de focalización fueron los municipios de menor IDH, los municipios de alta y muy alta marginación y las zonas y población que el acceso a los servicios de salud implicara un traslado de al menos 30 minutos, así como la atención de personas que estuvieran en concentraciones masivas para las cuales fuera necesario proporcionar servicios de primer nivel de atención (pág. 18)

Y como resultado de la planificación bajo los criterios antes mencionados hace un aporte Fajardo y otros (2015) sobre el acceso de la salud:

Consolidar el acceso efectivo dependerá de la forma en que las instituciones logren establecer los mecanismos que permitan consolidar el acceso universal al financiamiento y transformarlos en el acceso efectivo a servicios de salud, entendido como la definición operativa de la cobertura universal en salud; esto es, que un individuo que presenta una condición de salud y que identifique necesidad de atención pueda acudir sin restricciones financieras, geográficas o de oportunidad a un servicio de salud con capacidad resolutive. (pág. 185)

Ilustración 3.

Atención de la Unidad Móvil y su aporte a las unidades operativas de salud del Distrito No1. de Imbabura



Fuente: Entrevista a los profesionales de 12 unidades operativas del distrito de salud 10D01 de Imbabura

Elaboración: Mirian Anrrango

Los entrevistados de las unidades operativas del distrito de salud No 1 de Imbabura, en su totalidad señalan estar de acuerdo con la atención de la unidad móvil así lo manifestó:

(I-7) " La atención de la unidad móvil forman parte del modelo de atención ya es una disposición ministerial tenemos atenciones intramurales y extramurales las atenciones pre hospitalarias, entonces no podríamos

decir que las unidades móviles no son o no forma parte o no es necesaria para las atenciones médicas, son necesarias siempre y cuando este recurso se utilice de la mejor manera.”

“Los Establecimientos Móviles de Salud (EMS) forman parte de una estrategia de prestación puntual y ambulatoria de servicios de salud” (Ministerio de Salud Pública, 2012, pág. 68).

Estas unidades brindan prestaciones ambulatorias de baja complejidad. Realizan acciones de promoción, prevención de la salud y aportan transversalmente a todos los Níveles de atención con servicios programados e itinerantes, Su misión extender la cobertura a comunidades distantes y lugares donde no existan servicios de salud. Dentro de sus prestaciones están :odontología, psicología, medicina familiar o general(...). (Ministerio de Salud Publica Ecuador, 2014, pág. 14)

Por otra parte, consideran muy significativo el aporte de la unidad móvil de salud en cuanto a la atención en las comunidades lejanas, lo recalcan varios entrevistados entre ellos:

(I-11) Brinda un aporte en el sentido de llevar la atención médica a comunidades lejanas que tenemos aquí sobre todo la comunidad urbano marginales y rurales, que queda distantes de la unidad salud,

Wit-Greene Abdres G (como se citó en Lara y Morales (1998) ,ratifica el contexto del trabajo de las unidades móviles desde sus inicios: La unidad móvil, no tiene asignada cobertura poblacional fija, pero si cubre un área geográfica determinada, consolida y perfecciona las labores de los centros de salud y visita comunidades muy dispersas y de difícil acceso. La integran elementos profesionales como pasante de medicina en servicio social, médicos generales, auxiliares de enfermería y pasantes de odontología.

Se debe agregar, además, la opinión de los entrevistados sobre el aporte de la unidad móvil en relación al cumplimiento de las coberturas de atención, y apoyo de la unidad móvil tomando en cuenta el déficit de profesionales de las unidades de salud como lo afirman:

(I-2-11) Es muy bueno, porque no contamos con el personal suficiente y no se cubre las necesidades de toda la población, cabe recalcar que la unidad móvil cuenta con el equipo necesario para brindar la atención: Medicina, Odontología, psicología y enfermería ejemplo, odontología tienen su propio sillón dental y las actividades que requieren mayor complejidad pueden ser solventadas directamente en la unidad móvil, al igual que los pacientes que acuden por atención de psicología.

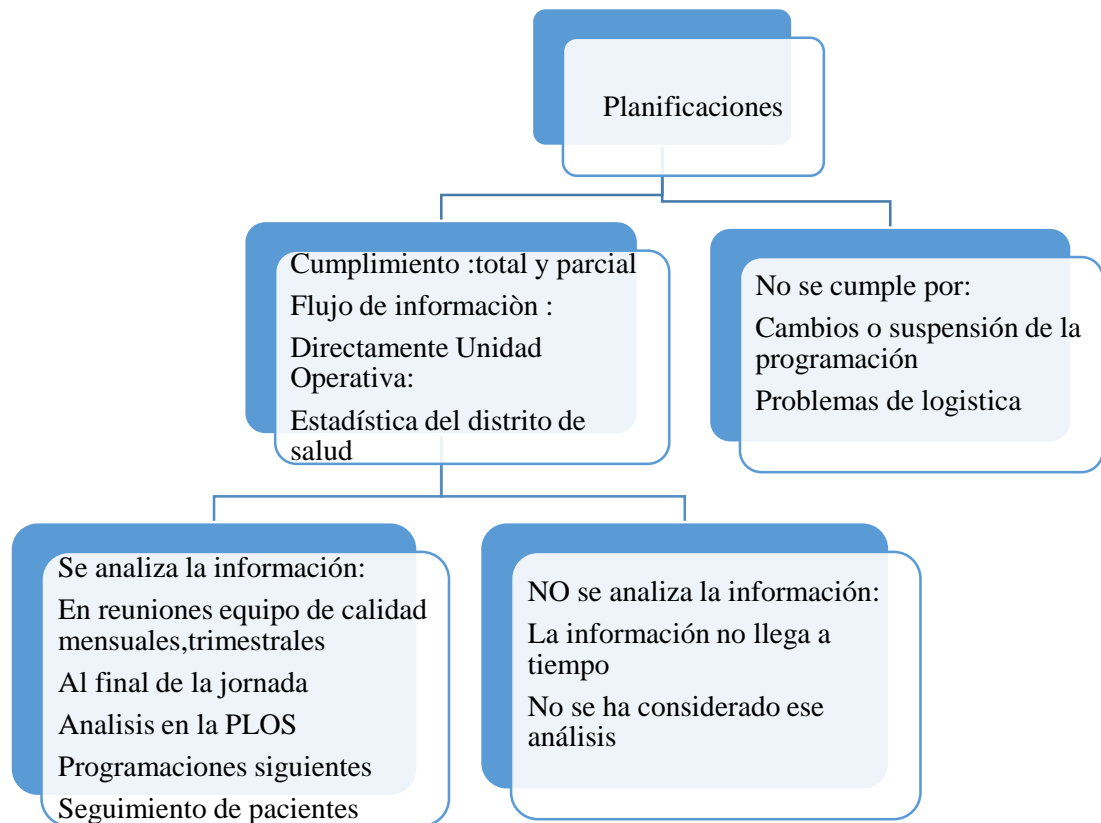
Todo esto parece confirmar con lo que Reyes (2011) resalto:

Antes de que llegaran las Unidades Médicas Móviles (UMM) con los Equipos de Salud Itinerantes (ESI) a la región de la Montaña, la población se encontraba sumida en el olvido por lo difícil del acceso geográfico principalmente, lo que ocasionaba que tenían que recorrer más de tres a cuatro horas de camino para conseguir atención médica, en este sentido Caravanas de la Salud responde a las necesidades de las comunidades más desprotegidas. (pág. 40)

Hay que mencionar, además, los informantes hacen un puntual comentario relacionado a la sobrecarga laboral del personal sanitario, por tal hecho consideran que el accionar de la unidad móvil de salud, permiten disminuir la sobrecarga laboral y reducir la demanda de pacientes a las unidades operativas, ya que la unidad móvil realiza una atención ambulatoria de salud cubriendo con las atenciones de aquellas personas que no consiguen un agendamiento de citas.

Ilustración 4.

Cumplimiento de planificaciones, flujo y análisis de la información de la Unidad Móvil



Fuente: Entrevista a los profesionales de 12 unidades operativas del distrito de salud 10D01 de Imbabura

Elaboración: Mirian Anrrango

En cuanto al cumplimiento de las actividades programadas con la unidad móvil de salud el 50 % de entrevistados considera que las actividades programadas se cumplen en su totalidad las fechas y sectores de atención asignados, en varias ocasiones se reprogramaron con la finalidad de cumplir con las planificaciones; así se pronuncian los informantes:

(I-11,2) “Cumplieron con las fechas establecidas y el horario de atención, hubo la facilidad de reprogramar las atenciones”, y los que no se cumplió

fueron por situaciones de logísticas, cambio a último momento de rutas de la unidad móvil como lo manifiestan:

(I-4,7) “Vías, en mal estado, cerradas, situaciones ajenas a nuestra voluntad, disposiciones de las autoridades, incumplimiento de las planificaciones por actividades programadas en la Unidades Operativas Fijas”.

De manera semejante en relación a las dificultades del desarrollo del programa de unidades móviles es la coordinación insuficiente con las unidades fijas que ocasionan el no cumplimiento de planificaciones a lo que la Secretaria de Salud México (2013) , concluye:

Un aspecto fundamental que se observó fue la insuficiente coordinación entre las unidades fijas de salud y las unidades médicas móviles para establecer metas, objetivos y estrategias, así como para la coordinación del Programa con las estrategias estatales(...) Un conflicto constante es entre las unidades fijas o centros de salud con las UMM, ya que el médico del centro de salud no atiende al paciente y lo remite a la caravana, sólo porque lo requiere la persona o por sus horarios de atención (...). (pág. 73)

En cuanto a la entrega de información de las actividades realizadas por la unidad móvil de salud, independientemente del grado de cumplimiento de las planificaciones la información se entrega directamente a las unidades operativas fijas o al departamento de estadística del distrito de salud en fechas y horarios establecidas como lo indican la mayoría de entrevistados.

(I-2,6) “Son entregadas directamente al distrito cuando hemos necesitado les hemos solicitado para que nos envíen directamente a la unidad, nos sirve como verificable y como seguimiento a las personas como en el caso de grupos vulnerables o de alto riesgo”.

Con respecto al análisis de la información, las opiniones se dividen: un grupo que corresponde al 60% de informantes mencionan que la analizan, consideran los datos de producción para las próximas programaciones y son base para el seguimiento de pacientes que lo ameritan, así lo admiten:

(I-9) “Porque a veces el médico o el psicólogo cualquier miembro del equipo de la unidad móvil nos da siempre alguna pauta para que estemos pendiente, de algo que han encontrado en los pacientes, nosotros tomamos en cuenta hacemos seguimiento en las casas mediante las visitas domiciliarias”, (I-6) “Es un medio verificable, que se analiza en la Programación Local de Salud (PLOS), coberturas, concentraciones, actividades, que son base para reajustar las planificaciones”.

Por lo contrario, los entrevistados que expresan que NO analizan la información de atención de la unidad móvil, son por motivos propios de la unidad operativa fija y por situaciones que involucra a la unidad móvil así lo mencionan:

(I-3,4) “No, la analizan por falta de tiempo, no se ha incluido dentro Registro diario automatizado de consultas y atenciones (RDACAA) como unidad móvil”.

(I-11) “La que genero la unidad móvil NO la analizamos porque no tuvimos la información a tiempo sobre cuantos pacientes, que grupos etarios fueron atendidos por la unidad móvil y a la nube de la PLOS no fue ingresada esa información”.

Cabe resaltar una reflexión que hace énfasis sobre la importancia de la información:

(I-7) “La información sirve para planificar para hacer acciones de salud pública yo no veo la información como producción, ósea si bien es necesario para saber que la unidad operativa está trabajando en las áreas

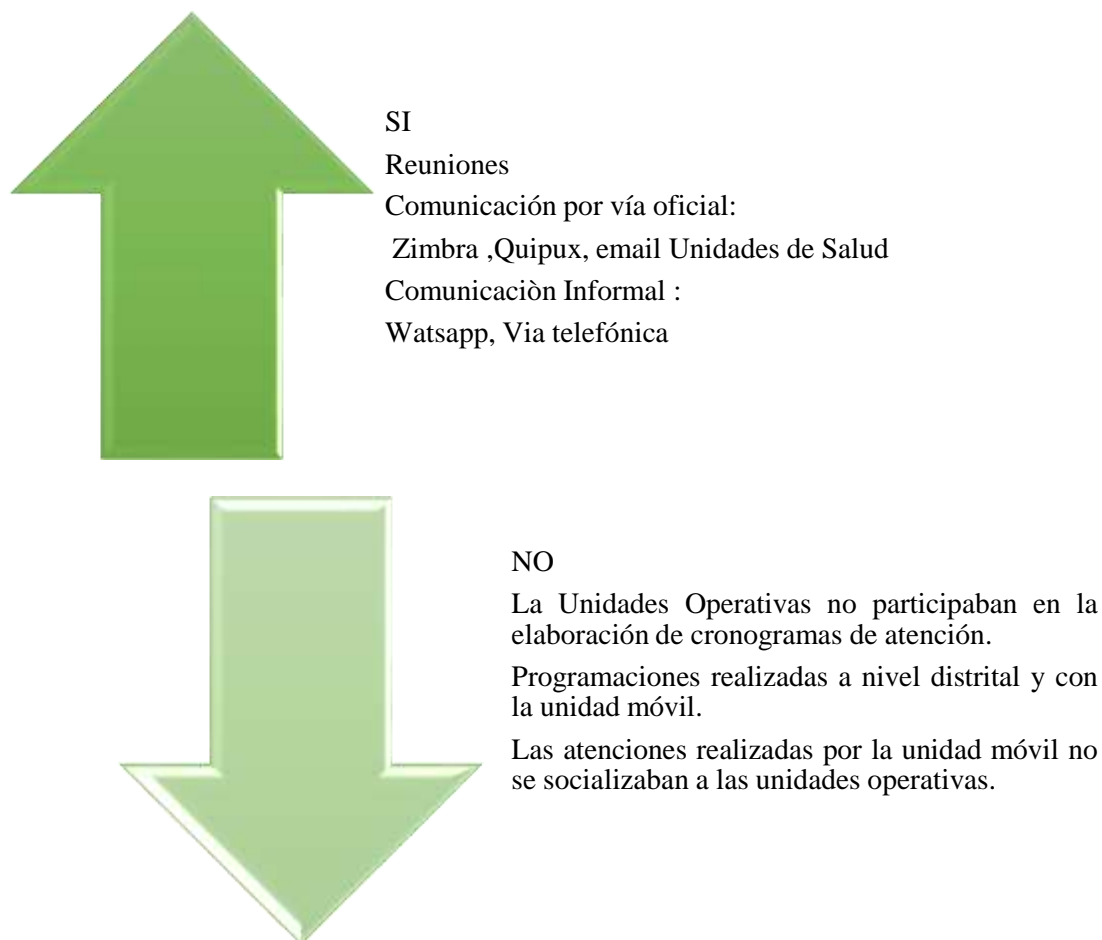
donde lamentablemente no se llega con mucha frecuencia, pero si la unidad móvil y la brigada médica va ellos tienen que compartir la información los, inclusive emitir informes posteriores de cómo ha sido la brigada para mejorarla posteriormente”.

En consonancia con lo anterior, Villalbí y otros (2010) concluyen:

Es factible desarrollar un sistema de información de gestión para los servicios de salud pública que permita comparaciones a lo largo del tiempo o entre territorios, con indicadores de actividad para todas las líneas de trabajo productivo. Los indicadores que reflejan la cobertura, calidad o impacto de los servicios plantean las mayores dificultades. Para algunas líneas de trabajo se pueden obtener indicadores de coste por unidad de producto con sentido, y para otras es más difícil. En todos los casos, el coste por habitante y año es un buen indicador sintético del coste de los servicios de salud pública. (pág. 382)

Ilustración 5.

Comunicación entre el personal de la Unidad Móvil y las Unidad Operativas



Fuente: Entrevista a los profesionales de 12 unidades operativas del distrito de salud 10D01 de Imbabura

Elaboración: Mirian Anrrango

La comunicación como una herramienta indispensable dentro del campo de la salud, cumple un papel importante ya que una adecuada comunicación interpersonal genera resultados muy favorables dentro de los programas de salud, así lo mencionan la mayoría de los entrevistados:

(I-1,6,8) “Hemos trabajado de muy buena manera, con lo profesionales de la unidad móvil, se lo hecho y se ha realizado algunas actividades en conjunto los cuales han dado muy buenos resultados, hay una buena comunicación vía verbal, telefónica, por internet por medio de chats, por

medio de redes, que permiten una coordinación excelente entre ambas entidades de salud que están brindando la atención”. Como lo recalca Espinoza (2003):

Los procesos de comunicación interpersonal están presentes en todas las actividades en que interviene el ser humano, dentro de ellas se encuentran las áreas de atención a la salud donde se produce una relación directa entre profesionales de esta área y usuarios/as. Estas relaciones interpersonales se constituyen en aspecto primordial dentro de todo programa de comunicación para la salud. Para poder ofrecer servicios de alta calidad los/as profesionales de salud deben tener capacidades mínimas de comunicación interpersonal debido a que ello determinará las consecuencias de la interacción. (pág. 20)

Por otra parte, algunos entrevistados señalan aspectos de negativos con respecto comunicación entre la unidad móvil sus unidades operativas:

(I-7) “Tenemos zimbra google drive, tenemos quipux hoy más que nunca tenemos esa información que no es orientada hacia las necesidades de las unidades operativas, porque si usted va a utilizar la unidad móvil, la unidad móvil lógicamente debería ser el coordinador con las unidades operativas y hacerlas con la disposición que tiene la comunidad para que se le la atención en el momento oportuno, no es cuando la unidad móvil o el coordinador de unidad operativa decide salir en una brigada eso debe hacerlo con el presidente de los cabildos hay que hacerlo con la presidenta del comité parroquial de salud Es decir... con antelación hacer una preparación para intervención comunitaria”.

(I-3,5) “No hubo una buena comunicación, algunas programaciones se las hizo a nivel distrital con la unidad móvil y no se toma en cuenta al personal de la unidad operativa, no se comunicaron con el debido tiempo

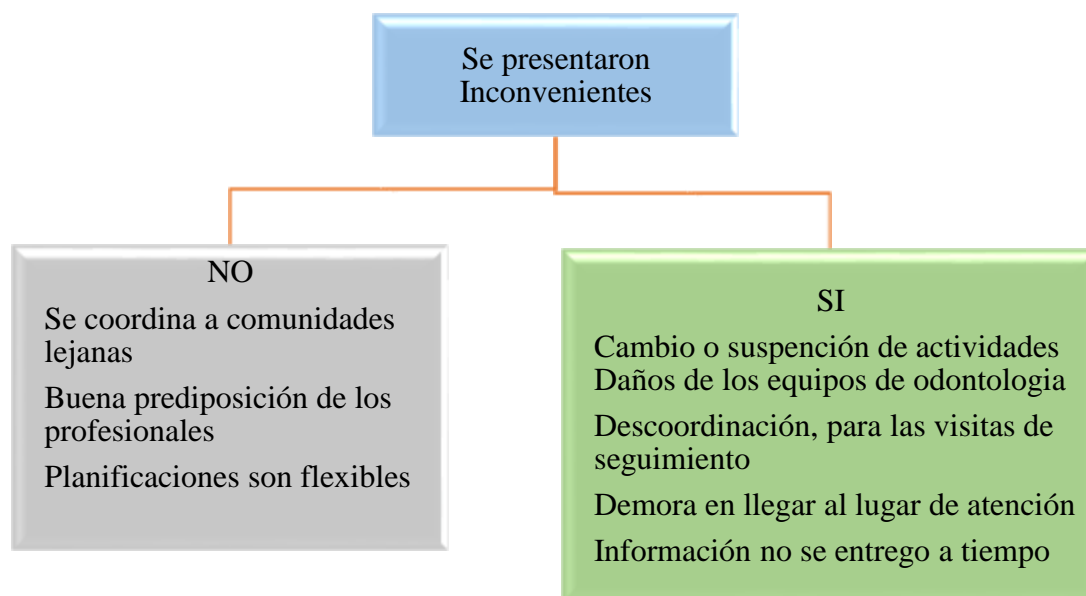
a las unidades de salud las programaciones con la unidad móvil lo que ocasionó que no envíen las convocatorias a las comunidades”.

Ciertas observaciones insinuadas anteriormente tienen mucha similitud con las citadas por la Secretaría de Salud de México (2013), con respecto a las unidades móviles de salud :

Un aspecto fundamental que se observó fue la insuficiente coordinación entre las unidades fijas de salud y las unidades médicas móviles para establecer metas, objetivos y estrategias, así como para la coordinación del Programa con las estrategias estatales. No cuentan con ejercicios de planeación conjunta, sino que las coordinaciones estatales sólo reciben las Reglas de operación cuando éstas son publicadas. Un conflicto constante es entre las unidades fijas o centros de salud con las UMM, ya que el médico del centro de salud no atiende al paciente y lo remite a la caravana, sólo porque lo requiere la persona o por sus horarios de atención (...). (pág. 73)

Ilustración 6.

Inconvenientes al coordinar el trabajo con la unidad móvil



Fuente: Entrevista a los profesionales de 12 unidades operativas del distrito de salud 10D01 de Imbabura

Elaboración: Mirian Anrrango

Es uno de los cuestionamientos donde los informantes señalan las principales dificultades con respecto a las programaciones con la unidad móvil, pero aproximadamente el 27% no tuvieron inconveniente como lo manifiestan:

(I-1,2,11) "Hasta ahora no hemos tenido ningún problema, los profesionales que laboran en la unidad móvil son excelentes, asequibles, comprensibles. Las planificaciones son flexibles ajustados a la realidad y prestamos la ayuda necesaria a la unidad móvil".

Por otra parte, el 73% de entrevistados que indican que hubo inconvenientes con las programaciones con la unidad móvil de salud, mencionan:

(I-4,1) "Se solicita la unidad móvil, previa planificación y precisamente ese día, por parte de provisión de servicios de salud del distrito, le asigna

a la unidad móvil a otra unidad operativa, cambio de actividades pero que no depende de las unidades operativas fijas, ni de la unidad móvil de salud sino de nivel superior, se deja la atención y hay molestia por parte de los usuarios de la comunidad, Perdemos de credibilidad porque se suspenden la programación”.

(I-6,8) Inconvenientes dificultad en la comunicación, y en las programaciones definitivas se coordina una hora determinada, pero por situaciones de logística de transporte la unidad móvil llega horas más tarde, y las comunidades son lejanas, sumado a esto que la unidad móvil sale desde el Distrito de salud ubicado en la ciudad de Ibarra se demora hasta que lleguen a la comunidad”.

(I-7)” no habido coordinación con la unidad operativa de salud; se debe identificar necesidades y hacer las acciones conjuntas porque el deber es así, esa es mi óptica y mi perspectiva de ver las cosas”.

(I-5) “No se realiza otra visita a los lugares visitados para seguimiento, no se informa los pendientes en las comunidades, el personal del subcentro de salud tenía que ir a buscar a los pacientes recién captados por la unidad móvil que no fueron reportados, igualmente, no llegaba”.

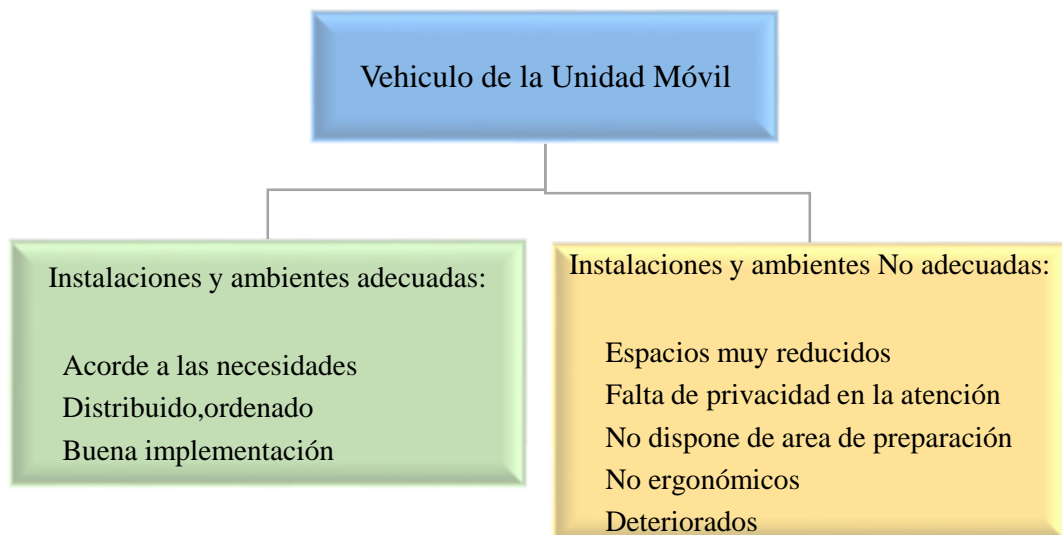
De todo lo antes mencionado se resume que el grado de satisfacción de los usuarios, con respecto a los servicios de salud de atención de primer nivel se origina, desde el conocimiento y corrección de dificultades que se hallan en el sistema mismo de salud, superados los mismos se puede alcanzar la satisfacción del usuario externo, lo ratifica Sosa-Flores y Sosa-Meño (2019):

El desconocimiento de la satisfacción de los usuarios de los establecimientos de salud, nos impide identificar los problemas y las áreas que no están dando un buen servicio, desde la vivencia del usuario, dado que, en base a sus necesidades, se planificación los servicios que se

brindan. Tener usuarios satisfechos, es tener una buena relación con la comunidad y una buena imagen institucional, además de una ventaja competitiva respecto a otros establecimientos, tener usuarios insatisfechos, puede implicar una disminución de la credibilidad en el establecimiento, con la consecuente disminución del uso de los servicios. En todo esto radica la importancia de conocer las expectativas y percepciones de los usuarios. (pág. 162)

Ilustración 7.

Instalaciones y ambiente físico de la Unidad Móvil



Fuente: Entrevista a los profesionales de 12 unidades operativas del distrito de salud 10D01 de Imbabura

Elaboración: Mirian Anrrango

Con respecto a las instalaciones y el espacio físico de la unidad móvil de salud los entrevistados que conocen el vehículo de la unidad móvil hacen una definición como adecuadas o inadecuadas sus instalaciones.

Consideran que la unidad móvil: (I-9) "Tiene todo lo necesario en la unidad móvil hay el ambiente para odontología, para medicina y hasta tienen una farmacia, entonces para mi si está completo". (I-3) "Como es

una unidad móvil, no podríamos pedir algo más en las instalaciones, pero para una atención eficiente y de calidad creo que, si está acorde, no podemos poner más cosas ahí”, como se refiere la Secretaria de Salud de México (2010):

Ante un número creciente de la demanda de servicios médicos se han instrumentado programas con el propósito de atender las necesidades de salud. Las unidades médicas móviles se han constituido en una herramienta que permite acercar los servicios de salud de primer contacto que ofrecen las instituciones públicas y privadas en el ámbito nacional e internacional. Del análisis de los diferentes tipos de unidades en el mercado nacional e internacional, se fueron adaptando las condiciones de estos vehículos con las necesidades planteadas por la Secretaría. (pág. 51)

Los entrevistados en su mayoría detallan ciertas observaciones en cuanto al ambiente e instalaciones del vehículo de la unidad móvil:

(I-7) “No es de comprar unidades móviles hay que revisar situaciones climáticas, la unidad móvil no la vamos a mandar a una zona subtropical o a la zona andina no es así, la unidad móvil debe tener como una ambulancia medicalizada, así más o menos”.

(I-10) “Creo que debería haber un espacio apropiado para la preparación de lo que pude observar preparación y medicina están juntos ahí mismo, si hay un poquito de estrechez, Esa observación se le haría que haya más privacidad porque el paciente necesita su privacidad, la enfermera está preparando y el medico está atendiendo”.

Todas estas observaciones se relacionan también el estudio realizado por Sánchez (2015) que expone:

Según los criterios emitidos por los médicos a esta unidad le hace falta algunas cosas muy importantes como es espacio para la transportación de los mismos doctores y también mejorar el diseño del mobiliario ya que este no se puede fijar a la unidad y cada vez q lo trasladan se mueve golpeando y dañando la unidad, y también sistema de calefacción ya que ellos se trasladan a las zonas más alejadas del cantón Ambato que está en la Región Sierra del país y tiene un clima frio. (pág. 63)

Se debe agregar aspectos que conciernen con la ergonomía, como lo insinúan:

(I-11,6) “Para los servicios de medicina es un ambiente adecuado, para odontología es un poco incómodo para el profesional, para atención del paciente con un espacio muy reducido”.

A lo anteriormente mencionado tiene mucho valor lo que Panero (como se citó en Sánchez 2015) afirma:

El aspecto fundamental reside en la consecución de una completa gama de adaptación en el sillón del paciente y la silla del dentista, con el objeto de generar el mayor número posible de opciones de interface. Las consideraciones antropométricas que interesan al diseñador no son la interface dentista y paciente sentados o de pie, sino dentista y/o para profesional y el equipo específico de trabajo debe estar a una altura que asegure su comodidad e eficiencia. (pág. 79)

Al argumento de Panero, Bustamante (como se citó en Moreno,2016) resalta:

En cuanto al diseño ergonómico del consultorio dental es importante que el Odontólogo cuente con mobiliario fabricado en función de la utilidad que éste tendrá y de la anatomía del cuerpo humano de manera tal que promueva la salud y bienestar de quien lo utilice. (pág. 109)

Ilustración 8.

Criterios sobre la atención de la unidad móvil por parte del usuario externo



Fuente: Entrevista a los profesionales de 12 unidades operativas del distrito de salud 10D01 de Imbabura

Elaboración: Mirian Anrrango

Las opiniones emitidas por la población atendida por la Unidad Móvil de Salud, reflejan aspectos relevantes enmarcados en la calidad de la atención de salud así lo manifiestan los entrevistados, quienes se refieren:

(I-6,2,3) Les parece buena la atención es a domicilio muy accesible y no esperan mucho tiempo”.

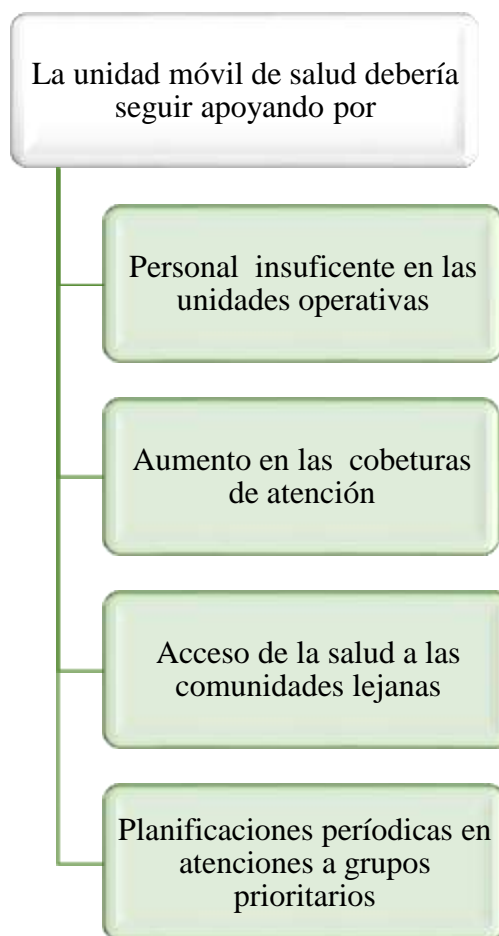
Otros valoran aspectos en cuanto al talento humano y sus prestaciones de salud señalan: (I-2)

“Que son buenos profesionales que les han podido solucionar los problemas de salud que han tenido ese momento” (I-9) “Los usuarios salen complacidos con la atención, la unidad móvil realiza actividades de la planificación familiar colocación de implantes anticonceptivos, entonces hay muy buena acogida”.

La opinión del usuario externo, con respecto a las unidades móviles de salud, es muy similar en otros países así lo definen López (2012): “El balance global sobre la satisfacción reportada por los usuarios del programa se puede considerar como satisfactoria. Las personas valoran las acciones y sobretodo, al personal de salud” unidades móviles de salud” (pág. 165).

Ilustración 9.

La unidad móvil debe continuar apoyando a las Unidades de salud del Distrito 10D01



Fuente: Entrevista a los profesionales de 12 unidades operativas del distrito de salud 10D01 de Imbabura

Elaboración: Mirian Anrrango

Varios criterios que concuerdan entre los entrevistados sobre el apoyo de la unidad móvil hacia las unidades operativas del distrito de salud 10D01, consideran la totalidad de los informantes de esta investigación:

(I-2,3,9) *“Es un gran apoyo, para poder cumplir con las metas de las unidades de salud, a veces el personal no es suficiente y con el único Equipo de Atención Integral de Salud (EAIS), no se alcanza a cubrir todos los programas, la unidad móvil nos ayuda a subir un poco más las coberturas”.*

(I-4,11) *“Es muy importante que la unidad móvil siga ayudando sobre todo a las unidades de salud, que tienen comunidades de difícil acceso”.*

A todo lo expuesto anteriormente Reyes (2011) reitera:

Ampliar la cobertura significa llevar los servicios básicos a quienes carecen de ellos, pero también desarrollar con mayor profundidad y calidad los esfuerzos que se realizan en el ámbito de la salud. Ampliar no es sólo extender, sino ensanchar y profundizar el conjunto de beneficios que conllevan los servicios de salud (...)es una medida para fortalecer, bajo una visión integral, los medios e instrumentos que se encuentran al alcance de la sociedad para atender, con suficiencia, los problemas específicos de salud en beneficio de la familia y la colectividad. (pág. 21)

CAPÍTULO V

4. Conclusiones y Recomendaciones

4.1. Conclusiones

- El personal de salud de las unidades del Distrito 10D01, trabajan bajo la denominación laboral en su mayoría con nombramiento permanente, trabajan por más un año consecutivo, lo que no garantizó que sus respuestas con respecto a la unidad móvil sean veraces y permitan identificar principales aspectos relacionados con la organización, planificación, oportunidad, accesibilidad de la información, percepción y la fidelización.
- La unidad móvil de salud del Distrito 10D01 de Imbabura, trabajó con 12 unidades operativas fijas entre rurales y urbanas, el aporte a la producción asistencial a las unidades fue de 8294 consultas 4926 preventivas y 3368 de morbilidad realizada por el médico, odontólogo, psicólogo y enfermería en el año 2017 mientras que las consultas de las unidades operativas fijas fue de 190929 consultas 95520 preventivas y 91377 de morbilidad, en un comparativo con las consultas de unidad móvil establece que las consultas preventivas son mayores que las de morbilidad tanto en la unidad móvil como en las unidades operativas de esa manera concluimos que la unidad móvil de salud como parte del primer nivel de atención se ajusta y al primer objetivo estratégico del MAIS (Ministerio de Salud Pública, 2012).
- El Nivel de satisfacción de los profesionales de la Unidades Operativas que coordinan con la Unidad Móvil de salud expresan la mayoría estar de acuerdo con la conformación del equipo multidisciplinario (médico, odontólogo, psicólogo y enfermera), con respecto a la atención de la unidad móvil manifiestan que ha permitido que las atenciones de la salud se brinden en las

comunidades las más lejanas, a grupos prioritarios (CIBVs, adultos mayores, escolares, CNH, y otros grupos vulnerables de contingencia), con una atención oportuna, lo que permite que disminuir la afluencia de pacientes, la sobrecarga laboral e incremento coberturas. Con respecto a la planificación de actividades extramurales señalan que se tomó en cuenta necesidades insatisfechas como: acceso geográfico, movilización, grupos vulnerables y añaden aspecto de calidad de atención por parte de los usuarios externos quienes manifiestan en su mayoría conformidad con la atención de la unidad móvil de salud

- Se identificó como puntos insatisfechos en la coordinación con el trabajo de la unidad móvil la falta de comunicación, suspensión de las programaciones, demora en la llegada a las comunidades y el flujo de la información que no son oportunas lo que ocasiona que esta no se analice a tiempo, con respecto a las instalaciones y ambientes físicos de la unidad móvil son inadecuados tanto para profesionales como para el usuario externo. Datos que nos sirvieron como referente para la elaboración de la propuesta (FODA).

5.2. Recomendaciones

Distrito 10D01

- Planificaciones conjuntamente con las unidades operativas definiendo: sector, población y frecuencia de visitas al año, de tal manera que el aporte de la unidad móvil sea equitativo, significativo para alcanzar metas en los diferentes programas de salud que viene desarrollando los centros de salud tipo A y tipo B del distrito.
- Mejorar los niveles de comunicación y coordinación, a través de la difusión de las programaciones en forma oportuna y considerando las necesidades de las unidades operativas.

Unidades Operativas

- Mantener la credibilidad y fidelización de los servicios de salud en la población, con el desplazamiento de la Unidad móvil de salud considerando el acceso geográfico, clima, en cada una de las rutas establecidas de la programación para evitar la demora en la llegada al sitio de atención.
- Corregir las falencias del flujo de información mediante la entrega de las atenciones realizadas por la unidad móvil de salud, directamente a las Unidades operativas al final de la jornada para su respectivo análisis y monitoreo de las actividades de salud.

CAPÍTULO VI

6. PROPUESTA

FORTALECIMIENTO DE LA OPERATIVIZACIÓN DE LA UNIDAD MOVIL GENERAL

6.1. Objetivo General:

- Operativizar las actividades de la Unidad Móvil Salud en el Distrito 10D01 de Imbabura, con la finalidad de ampliar la cobertura de atención en el primer nivel de atención.

6.1.1. Objetivos específicos

- Realizar el FODA de la unidad móvil de salud en base a los resultados de la investigación.
- Diseñar un flujograma de planeación anual y matriz de consolidación.
- Promover un formato de planificación de atención de la Unidad Móvil dirigido a las Unidades Operativas.

6.2. Justificación

Se considerada relevante la accesibilidad de los servicios de salud, con la finalidad de satisfacer las necesidades de la población y con la disponibilidad tanto de unidades de salud fijas como hoy en día de las unidades móviles con un equipo multidisciplinario preparado para cumplir con los objetivos estratégicos del Modelo de Atención Integral de Salud (MSP Ecuador, 2012).

Acercar los servicios de salud a la comunidad reduciendo las barreras de acceso, disminuyendo la inequidad, fortaleciendo la capacidad resolutive del primero y segundo nivel, organizando la funcionalidad del sistema de manera tal que se garantice que el primer nivel atención se constituya en la puerta de entrada obligatoria al sistema de salud y que los hospitales, dependiendo de su capacidad resolutive se conviertan en la atención complementaria del primer nivel de atención (pág. 56)

La relevancia de la accesibilidad a los servicios de salud radica en la función que tienen como eslabón que conecta la oferta con la demanda (...)se piensa que existe la disponibilidad de servicios médicos, que son aceptables y cumplen con los niveles de calidad establecidos. Se da por hecho que las personas buscarán obtener el servicio cuando se les presente la enfermedad. Sin embargo, no siempre resulta exitosa esa búsqueda de atención médica. La complejidad se va presentando en la medida en que sean diferentes las condiciones y necesidades que enfrenta la población. La importancia de la accesibilidad es que existan mecanismos que permitan la obtención del servicio y, con ello, la satisfacción de la necesidad de atención médica que pueden ser cosas tan sencillas pero vitales para lograr el éxito de la política pública, como el hecho de que exista información suficiente, clara, oportuna y al alcance de las personas que lo requieran. Que existan los medios para llegar a las unidades médicas, y que estas cuenten con los insumos necesarios para atender la demanda de la población. (Sánchez Torres, 2017, pág. 88)

Se debe agregar el interés de aportar con el mejoramiento de los servicios de salud esta propuesta de intervención va dirigida a los procesos de operativización de la unidad móvil garantizando de esta manera que la intervención de las unidades móviles sea efectiva y optimizar los recursos disponibles. Iniciando con un FODA, posterior un planteamiento de una planeación anual y un formato de planificación enfocada a las actividades de las unidades operativas en coordinación con el equipo de la Unidad Móvil General del distrito 10D01 de la provincia de Imbabura.

6.3. Análisis FODA de la Unidad Móvil General del distrito d Salud 10D01 de la provincia de Imbabura.

El proceso de implementaciones de acciones de mejoramiento de los servicios de salud inicia con la aplicación de una metodología para determinar el diagnóstico y análisis de la UMG en las unidades del distrito 10D01 de Imbabura.

La matriz FODA es una herramienta de gran utilidad para entender y tomar decisiones en cualquier situación, determina las oportunidades y amenazas del medio ambiente externo: las oportunidades presentan situaciones que permiten alcanzar lo propuesto; las amenazas en efecto presentan situaciones que impiden el logro propuesto. EL conocimiento de las debilidades y fortalezas del ambiente interno permite conocer unas y otras para poder usar las fuerzas y fortalecer las debilidades. (Alvarez & Gea, 2013)

Las opiniones expuestas por los profesionales de salud responsables de cada unidad operativa fueron el insumo para la elaboración del FODA de la unidad de móvil general, donde se determinó como principales elementos fortalezas y debilidades que se concluye con un formato y matriz de programación de actividades de la unidad móvil general.

Fortalezas:

- Equipo multidisciplinario Medico, Odontólogo Psicólogo y Enfermera
- Adecuado equipamiento Medicación, dispositivo médicos, Equipos médicos
- Flexibilidad del horario de trabajo

Cuenta con fortalezas que le garantiza a la unidad móvil de salud, adaptarse a las programaciones básicas de las unidades operativas, cabe mencionar que, al disponer de un profesional para atención de salud mental, le convierte a la unidad móvil en un equipo de salud, de atención integral para realizar la captación precoz y oportuna

alteraciones en la salud tanto físicas como mentales afecciones. Sumados la disponibilidad de un equipamiento médico, medicamentos y dispositivos médicos. Además, una jornada laboral flexible sujeta a las necesidades de la comunidad y las programaciones del distrito de salud.

Debilidades:

- Inadecuadas Instalaciones y ambientes físicos de la Unidad Móvil
- Falta de coordinación unidades operativas fijas
- Entrega no oportuna de informes

El programa de unidades móviles viene desarrollándose desde hace 20 años, es aceptado que las instalaciones de la unidad móvil hayan cumplido su vida útil, y los ambientes y las instalaciones físicas no sean adecuadas para la atención.

Como punto de debilidad se identifica la falta de coordinación si bien se mencionó en el análisis de resultados los profesionales de las unidades operativas entrevistados indican que no se les incluyen en la elaboración de las programaciones, punto relevante que se ha considerado para el planteamiento de la propuesta de fortalecimiento de la operativización de la unidad móvil.

Oportunidades:

- Aceptación de los usuarios externos
- Coordinación interinstitucional

Las actividades que se han cumplido con la unidad móvil son bien vistas y valoradas por la comunidad, lo que permite apreciar que sus actividades van encaminadas al cumplimiento del objetivo de extender los servicios de salud a los lugares de difícil acceso, además de provocar un incremento en las coberturas de atención.

Amenazas:

- Difícil acceso geográfico
- Contingencias: disposiciones de nivel distrital

Se ha considerado como un punto ambiguo el difícil acceso geográfico ya que, si bien es una oportunidad para dar consecución al principal de la unidad móvil, se vuelve de la misma manera una amenaza ya que la dificultad de acceso puede crear situaciones de no cumplimiento de las programaciones establecidas con las unidades operativas, ante eso en la planificación deberán contar con las alternativas de rutas.

Una amenaza importante que hacen los entrevistados son los cambios de planificación al presentarse eventos de contingencias lo que promueve la disposición sujeta a los criterios de movilidad de la unidad móvil, ante esta amenaza se imposibilitada tomar acciones de corrección.

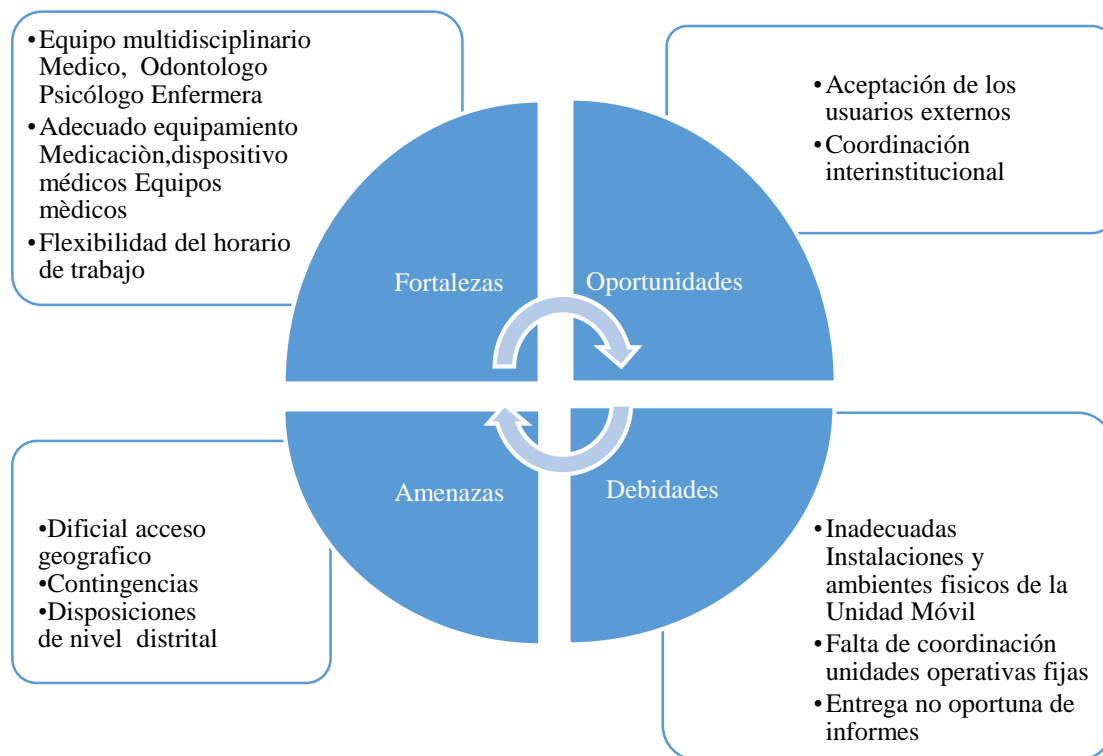


Figura 2. Matriz FODA de la Unidad Móvil General

Fuente: Entrevista a los profesionales de las unidades operativas del distrito de salud 10D01 de Imbabura

Elaboración: Mirian Anrrango

6.4. Planeación de actividades con la Unidad Móvil General

Como programa que el Ministerio de Salud Pública, la unidad móvil general es la estrategia para brindar asistencia sanitaria a la población de difícil acceso principalmente geográfico, la accesibilidad supone el suministro continuo y organizado de asistencia para toda la comunidad: favorables desde el punto de vista geográfico, financiero, cultural y funcional, la asistencia ha de ser apropiada y suficiente en los diferentes niveles de atención.

De la correcta relación entre necesidades, demanda y oferta depende el éxito del programa. La tarea de planificar esencialmente es lograr el AJUSTE correspondiente entre necesidades, demanda y oferta. (Barceló, 2009, pág. 64)

De igual manera menciona Sánchez Torres (2017) concluye :

La adecuación de las estrategias que se implementen en los programas para hacer accesible los servicios médicos es muy importante, porque como se mencionó, están diversificadas las necesidades y condiciones de la población. En las comunidades urbanas puede ser más importante que existan citas para la consulta y para las comunidades rurales, la importancia la pueden enfocar en que existan unidades médicas en la comunidad y en caso de no existir, si tienen que trasladarse, que en la unidad más cercana a la que vayan, logren la obtención del servicio, es decir, se haga efectiva la accesibilidad. (pág. 88)

Como se afirma arriba se resumen que en el Ecuador gracias a los de servicios que las Unidades Móviles Generales con la gratuidad de los servicios, garantiza la atención a los grupos más vulnerables de la población siendo una alternativa de acceso de la salud a nivel local y nacional, al mismo tiempo extienden las coberturas de atención. Fajardo et al. (2015) lo expresa:

El acceso a los servicios de salud, entendidos de forma amplia desde la promoción y prevención hasta los aspectos curativos, resulta ser entonces la expresión final de los esquemas implementados para garantizar el financiamiento y la provisión de servicios en un contexto determinado, así como de los elementos que determinan los resultados del acceso en términos de salud de la población. (pág. 181)

De igual modo Naranjo et al. (2014), asegura que:

La política de gratuidad y la inversión en establecimientos del Ministerio de Salud Pública incidieron en un incremento significativo de las coberturas de atención; por otro lado, se ha logrado transformar los servicios públicos de salud como una alternativa para la resolución de sus necesidades. (pág. 378)

Tabla 4.

Ciclos de vida

Ciclo de Vida	Grupos de edad			
Niñez	Recién nacido	1 mes a 11	1 año a 4 años	5 años a 9
0-9 años	de 0-28 días	meses		años
Adolescencia	Primera etapa de adolescencia		Segunda etapa de la	
10-19 años	de 10 a 14 años		adolescencia de 15 a 19 años	
Adultos/as	20 a 64 años			
	Adulto joven 20 a 39 años		Adulto 40 a 64	
Adulto/a mayor	Más de 65 años			

Fuente: Manual del Modelo de Atención Integral de Salud –MAIS 2012.

La definición de los grupos poblacionales se sustenta en los siguientes criterios:

- Individuos y familias considerando las necesidades de cada ciclo de vital
- Grupos prioritarios establecidos en la Constitución de la República
- Grupos
- Expuestos a condiciones específicas de riesgos laborales, ambiental y social

Las atenciones en salud, se entrega a las personas y las familias considerando las especificaciones y necesidades de cada grupo etario y con un enfoque de género garantizando una atención integral durante todo un ciclo de vida (MSP Ecuador, 2012, pág. 62)

Partiendo de la necesidad de cubrir con las demandas de atención de salud en la población se iniciaría identificando los grupos de atención, prioritarios o vulnerables. Selección que hará cada unidad operativa de acuerdo a la necesidad programática.

Identificar la ubicación geográfica de sitios de atención médica: sean estas comunidades, instituciones educativas, Centros de atención integral del niño, centros de atención del adulto mayor entre otras.

Frecuencia y cronograma de visitas las unidades operativas. - definirán fechas y número de visitas a los grupos prioritarios seleccionados tomando en cuenta fecha festiva locales y nacionales.

Difusión los medios de comunicación masivos en la actualidad son de muchas utilidades actualmente disponemos de: Zimbra, Quipux como medios oficiales y medios de comunicación informales (radio, perifoneo, convocatorias, etc.)

Apoyo/asistencia de las Unidades Operativas. - incluir personal de refuerzo para las brigadas de atención de la Unidad Móvil General decisión de las unidades operativas, para optimizar las brigadas con equipo de la unidad móvil, es indispensable señalar que profesional acompañara en las atenciones planificadas (TAPs, obstetra, odontólogo, médico), además de abastecer con medicamentos, biológicos, dispositivos médicos, etc. de acuerdo a su necesidad.

Jornada Laboral. - en coordinación con la unidad móvil se definirá la hora de llegada a la comunidad, para cumplir con la atención se extenderá el horario en el caso que lo amerite y crea conveniente.

Cartera de servicios. _ en las programaciones se definirá las actividades de la a cartera de servicios de los profesionales de: -Medicina General, Odontología-Psicología - Actividades de enfermería, de esta forma se delimitará las funciones en la planificación.

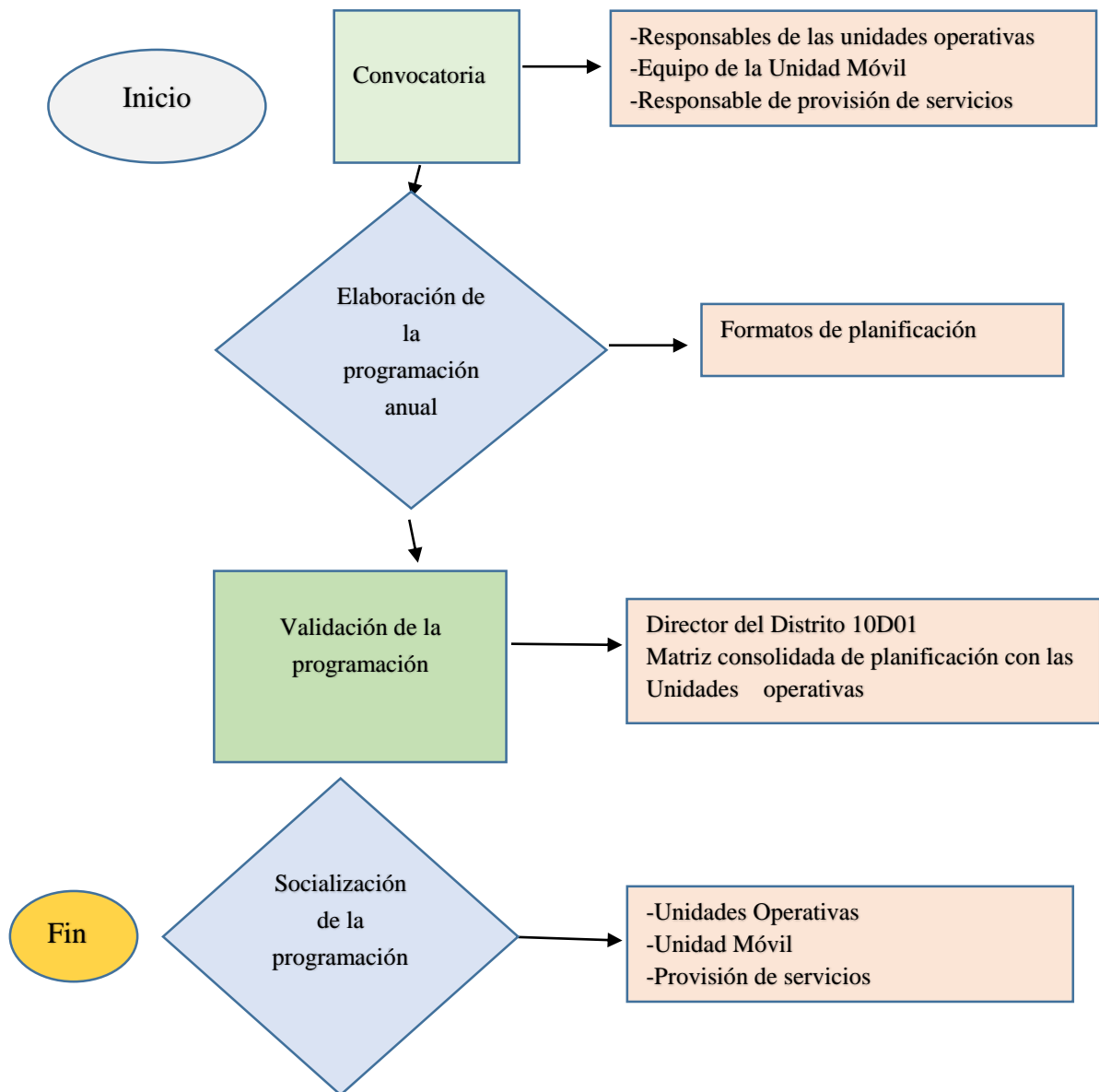
Formato de planificación anual de las unidades operativas de salud del Distrito 10D01 de Imbabura con la Unidad móvil General

Unidad Operativa: _____ Fecha: _____

Responsable: _____

Beneficiarios	Planificación de Rutas UMG	Frecuencia y cronograma de visitas	Difusión	Apoyo/asistencia de las Unidades Operativas	Jornada Laboral	Cartera de servicios
Grupos vulnerables y prioritarios: -Adultos mayores, Personas con discapacidad, -Mujeres embarazadas -Niño/as, jóvenes y adolescentes (poblaciones cautivas) Poblaciones dispersas o con difícil acceso a los servicios de salud	Identificar la ubicación geográfica de sitios de atención médica	Definir fechas y Número de visitas por grupos prioritarios seleccionados	Determinar los medios y formas de difusión: -Zimbra -Quipux -Medios de comunicación (radio, perifoneo, convocatorias, etc.)	Incluir personal de refuerzo para las brigadas de atención de la UMG -Personal de unidades operativas (TAPs, obstetra, odontólogo, médico) -Medicamentos, biológicos, dispositivos médicos, etc.	Jornada laboral de 8 horas diarias a partir de la hora de llegada al sitio de atención	-Medicina General -Odontología -Psicología -Actividades de enfermería

Proceso de planificación anual de la Unidad móvil de Salud en el Distrito 10D01 de Imbabura.



Matriz consolidada de planificación anual de las unidades operativas de salud del Distrito 10D01 de Imbabura con la Unidad móvil General

Objetivo General:

Objetivo Específico:

Unidad Operativa	Beneficiarios	Comunidad /establecimiento Rutas	Fecha Estimada de visitas	Difusión	Apoyo/asistencia de las Unidades Operativas(talento humano, insumos, biológicos, medicamentos)	Actividades(cartera de servicios)	Responsables

Responsable de elaboración: _____

Fecha: _____

Bibliografía

- Almeida, G., Artaza, O., Donoso, N., & Fábrega, R. (8 de Octubre de 2018). La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de la Declaración de Alma-Ata. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42. doi:doi.org/10.26633/RPSP.2018.104
- Alvarez, F., & Gea, E. (2013). *Gerencia de los hospitales e instituciones de salud* (primera ed.). Bogotá: ECOE ediciones. Recuperado el 5 de diciembre de 2019, de <https://ebookcentral.proquest.com/>
- Barceló, H. (2009). *Conceptos actuales de atención primaria* (segunda ed.). Fundación H.A. Obtenido de <http://ebookcentral.proquest.com/ñib/utnortesp/detail.action?docID=3196468>
- BETAKORO SI Consultoría S.C. (2008). *Programa Caravanas de la salud Secretaria de la Salud Informe 2008*. México. Recuperado el 21 de Julio de 2019, de www.dged.salud.gob.mx>descargos>caravanas
- Castañeda, E., & García, J. (2013). Prevalencia del síndrome de agotamiento Profesional (burnout) en odontólogos de una institución educativa y de salud, en la ciudad de guadalajara, México, en 2012. *Facultad de Odontología Universidad de Antioquia*, 24(2), 267-288. Recuperado el 26 de octubre de 2019, de <http://www.udea.edu.co/revistafacultadodontologia>
- Delgado, A., Naranjo, M., Castillo, R., Basantes, Y., & Rosero, M. (Junio de 2014). Tendencias de investigación en salud. Análisis y reflexiones. *Aquichan*, 14(2), 237-250. Obtenido de www.scielo.org.co
- Dirección Nacional de atención Pre-Hospitalaria y Unidades Móviles. (2016). *Acuerdo ministerial 00000023 Modelo de gestión, organización y funcionamiento del servicio de atención de salud Móvil*. Quito: MSP. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec>catalogo-de-normas-politicas-reglamentos-protocolos>
- Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud - MSP Ecuador. (26 de julio de 2016). *Información estadística y geográfica de salud*. Obtenido

- de Producción ambulatoria por tipo de atención 2015:
<https://www.salud.gob.ec/informacion-estadistica-de-produccion-de-salud/>
- Espinoza , M. (2003). La Comunicación interpersonal en los servicios de salud. *Punto Cero*, 08(07), 20-30. Recuperado el 5 de Octubre de 2019, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-02762003000200005&lng=es&tlng=es
- Fajardo, G., Gutierrez , J., & García, S. (marzo de 2015). Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Publica de México*, 57(2), 180-186. Recuperado el 26 de octubre de 2019, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200014&lng=es.
- Lara, S., & Morales, V. (1998). Metodología para la evaluación de la cobertura de los servicios de salud en los municipios externos al rea Metropolitana de Monterrey. *Maestría en Salud Pública*. Universidad Autónoma de Nueva León, Monterrey, México. Recuperado el 20 de octubre de 2019
- López, M. (2012). Evaluación Externa Del Programa De Caravanas De Salud 2012. (*Unidad de Proyectos Especiales*). Universidad Nacional Autónoma de México, México. Obtenido de Evaluación Externa del Programa de Caravanas de Salud 2012: dged.salud.gob.mx
- Marín, G., Ramírez, A., & Oquendo, T. (2018). Cooperación y articulación intersectorial e interinstitucional en salud pública en el modelo de mercado del sistema de salud colombiano, 2012-2016. *Revista de Salud Pública* , 20(3), 286-292. doi:<https://doi.org/10.15446/rsap.V20n3.62648>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2015). Protocolo de atención integral del consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas. *Dirección Nacional de Normatización MSP*. Quito, Ecuador. Obtenido de www.salud.gob.ec
- Ministerio de Salud Pública. (2012). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS*. Quito, Ecuador: MSP Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2016). Atención en salud a personas a personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersex(LGBTI). Quito, Ecuador: MSP.

- Ministerio de Salud Pública Ecuador. (24 de diciembre de 2014). *Tipología sustitutiva para homologar los servicios de salud por niveles de atención y servicios de apoyo del sistema de salud de salud*. Obtenido de Ministerio de Salud Pública: www.calidadsalud.gob.ec
- Mira, J., & Aranaz, J. (2000). La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Calite*, 114(3), 26-33.
- Moreno, M. (21 de mayo de 2016). Ergonomía en la Práctica Odontológica. Revisión De Literatura. *Revistas Venezolanas de Investigación Odontológica IADR*, 4(1), 106-117. Obtenido de <http://revistas.saber.ula.ve/index.php/rvio>
- MSP. (2000). *Guía para el funcionamiento de las Unidades Móviles de Salud*. Quito: Ecuoffset Cía.ltda.
- MSP Ecuador. (2012). *Manual de Modelo de Atención Integral de Salud Mais*. Quito: MSP.
- MSP Ecuador. (24 de diciembre de 2014). *Acuerdo Ministerial 5212*. Obtenido de Tipología sustitutiva para homologar los establecimientos de salud por niveles e atención y servicios de apoyo del sistema nacional de salud: www.calidadsalud.gob.ec
- MSP Ecuador. (2016). Modelo de Gestión de Organización y Funcionamiento del Servicio de Atención de Salud Móvil. Acuerdo Ministerial 000000023, QUITO. Recuperado el 10 de enero de 2019, de <https://www.salud.gob.ec/catalogo-de-normas-politicas-reglamentos-protocolos-manuales-planes-guias-y-otros-del-msp/>
- MSP-Coordinación General de Planificación. (2016). *Producción estadística MSP 2006-2015*. Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud. Quito: MSP. Recuperado el 20 de 08 de 2019
- Naranjo, J., Delgado, A., Rodríguez, R., & Sánchez, Y. (2014). Consideraciones sobre el Modelo de Atención Integral de Salud del Ecuador. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(3), 375-381. Recuperado el 17 de Diciembre de 2019, de <http://scielo.sld.cu>
- Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *Int.J.Morphol*, 35(1), 227-232. Obtenido de <https://scielo.coicyt.cl>

- Pan American Health Organization. (2014). *Strategy for universal access to health and universal health coverage*. 53rd DIRECTING COUNCIL 66th SESSION OF THE REGIONAL COMMITTEE OF WHO FOR THE AMERICAS, Washington ,DC.,USA. Recuperado el 10 de Noviembre de 2019, de <http://bit.ly/1DuHUIK>
- Pelaéz Vaquero, M. (25 de Enero de 2018). *Estudio de las necesidades organizativas del hospital SOUNON-SERO aplicación practica a las rutas de las Unidades Móviles*. Recuperado el 28 de 02 de 2018, de Archivo Digital UPM: <http://oa.upm.es>
- Pérez , H., Preciado, F., Becerra, B., Mendoza, M., González, M., Valle, E., . . . Campollo, O. (2014). Comportamiento del consumo de alcohol y tabaco en la población en la población abierta del estado de Jalisco detectado por las unidades móviles de salud. *Revistas Científicas de la Universidad de Guadalajara*, 14(1). Recuperado el 21 de 01 de 2019, de www.revistascientificas.udg.mx/index.php/AIA/article
- Registro Oficial. (20 de Octubre de 2008). *Registro oficial Órgano del Gobierno del Ecuador*. Recuperado el 15 de Enero de 2020, de Registro oficial No.449: www.registroficial.gob.ec/publicaciones/registro_oficial
- Registro Oficial Órgano de la República del Ecuador. (23 de mayo de 2018). *Registro Oficial Órgano de la República del Ecuador*. Obtenido de Registro oficial No. 247: <https://www.registroficial.gob.ec/index.php/registro-oficial-web/publicaciones/registro-oficial/item/10475-registro-oficial-no-247>
- Reyes Salinas, E. A., & Salinas Cobos, O. M. (2015). Plan de Acción para la creación de Unidades Médicas Móviles de Primeros Auxilios, para la Hacienda San Antonio del Cantón Baba, Provincia De Los Ríos. *Título de ingernieria en gestión empresarial* . Universidad de Guayaquil Facultad de Ciencias Administrativas, Guayaquil. Recuperado el 12 de 07 de 2019, de Por favor, use este identificador para citar o enlazar este ítem: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/20289>
- Reyes, J. Á. (Junio de 2011). *Fortalecimiento de los servicios de las unidades médias móviles de caravanas de la salud en la región de la Montaña del estado Guerrero*. Obtenido de catalogoinsp.mx

- Sánchez Lozada, F. J. (2015). El diseño interior de hospitales móviles emergentes y su incidencia en la atención médica de los habitantes de las parroquias rurales del cantón Ambato. *Proyecto de Investigación previo a la obtención del Título de Arquitecto de Interiores*. Universidad Técnica de Ambato, Ambato. Recuperado el 22 de 08 de 2019, de <https://repositorio.uta.edu.ec>
- Sánchez Torres, D. (2017). Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(1), 82-89. Recuperado el 10 de 01 de 2020, de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457749297021>
- Secretaria de Salud de Jalisco. (10 de enero de 2013). *Unidades Médicas Móviles*. Obtenido de Promoción integral de la Salud: <https://ssj.jalisco.gob.mx/promocion-integral-de-la-salud/110>
- Secretaria de salud México. (2010). Modelo de unidades para la atención de grupos vulnerables . En S. d. México, *Modelo de recursos para la planeación de unidades médica de la secretaria de salud* (primera ed., pág. 51). Juarez, México: secretaria de salud . Recuperado el 5 de Octubre de 2019, de Modelo de unidades para la atención de grupo vulnerables: <http://saludchiapas.gob.mx/doc/marco-normativo/federal/manuales-y-modelos>
- Secretaria de Salud México. (2013). *Evaluación del Programa de Caravanas de Salud en localidades de alta y muy alta marginación con población indígena :medición iniical*. México. Obtenido de www.dged.salud.gob.mx
- Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo. (5 de Noviembre de 2009). *Plan Nacional de Buen Vivir 2009-2013*. (SENPLADES, Ed.) Recuperado el 10 de Octubre de 2019, de www.planificacion.gob.ec
- Secretaria Técnica Plan Toda una Vida. (2017). *Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021*. Quito: Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo - Senplades 2017. Recuperado el 5 de enero de 2020, de www.planificacion.gob.ec/nacional-de-desarrollo-2017-2021
- Secretaria Técnica Plan Toda una Vida. (s.f.). *Indicadores del SIISE*. Recuperado el 18 de Enero de 2020, de Atenciones de prevención y morbilidad MSP: www.siise.gob.ec/siieweb

- Sosa-Flores, J., & Sosa-Meño, C. (2019). Expectativas y percepciones del usuario externo sobre la atención en los establecimientos de salud del primer nivel de atención de Lambayeque, Perú. *Revista del Cuerpo Médico del HNAA*, 11(3), 162-167. Recuperado el 10 de noviembre de 2019, de <http://www.cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/409>
- Urra, E., Muñoz, A., & Peña, J. (2013). El análisis del discurso como perspectiva metodológica para investigadores de salud. *Enfermería Universitaria*, 10(2), 50-57. Recuperado el 25 de Noviembre de 2019, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632013000200004&lng=es&tlng=es.
- Vásquez, C., Henao, S., & Roldán, L. (2014). Redireccionamiento estratégico para la empresa unidades móviles de salud movisalud CIA LTDA (2014-2018). *Especialista en Gerencia Estratégica*. Universidad de la Sabana, Villavicencio. Recuperado el 10 de noviembre de 2018, de <https://intellectum.unisabana.edu.co/handle/10818/11929>
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch.Med.Int*, 33(1), 7-11. Recuperado el 20 de enero de 2020, de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es.
- Villalbí, J., Casas, C., Bartoll, X., Artarcoz, L., Ballestín, M., Borrell, C., . . . Salamero, M. (Octubre de 2010). Indicadores para la gestión de los servicios de salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 24(5), 378-384. doi:doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.03.004

ANEXOS

Anexo 1. Autorización del Director del Distrito de Salud 10D01 de Imbabura



UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE
INSTITUTO DE POSGRADO



Ibarra 9 de Marzo del 2018

Doctor
Harvi Reascos Paredes
DIRECTOR DEL DISTRITO DE SALUD 10D01 IBARRA

Por medio del presente me dirijo a usted para extenderle un cordial saludo y deseárselo éxitos en sus funciones, a la vez me permito solicitar muy comedidamente se brinde las facilidades e información necesaria a la Sra. Lic Mirian Consuelo Anrrango Salazar con número de cédula 1002042347 para el desarrollo del trabajo de grado Titulado "APORTE DE LA UNIDAD MÓVIL EN LA PRODUCCIÓN ASISTENCIAL DE UNIDADES DEL DISTRITO DE SALUD 10D01 AÑO 2017".

Agradezco su atención.

Atentamente,

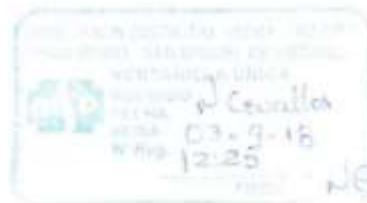
Msc. Maritza Marisol Álvarez Moreno
TUTORA
(mmalvarezj@utn.edu.ec)

Lic. Mirian Consuelo Anrrango Salazar
MAESTRANTE
(lic.minansita@yahoo.es)

09/03/2018
- Dr. Fernando SANCHEZ.
- LICENCIADA DE UNIDADES DENTARIAS
FACILIDAD EN TODAS LAS

FACILIDADES

- CARRIAS



Anexo 2. Entrevista a profesionales Unidad Operativas del Distrito de Salud 10D01 de Imbabura



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
INSTITUTO DE POSTGRADO
GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD



Investigación previa a la obtención de la Maestría “Gerencias en los Servicios de Salud” de la Universidad Técnica del Norte “Aporte de la unidad Móvil en la producción asistencial de las unidades del Distrito de Salud 10D01 -2017”

Entrevista a los profesionales de salud del Distrito 10D01

Consentimiento Informado

Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige a los profesionales de salud del Distrito 10D01 que laboran en las Unidades Operativas y que se les invita a participar en la investigación “Aporte de la unidad Móvil en la producción asistencial de unidades del Distrito de Salud 10D01 -2017” soy la Lcda. Mirian Anrrango estudiante de la Maestría “Gerencias en los servicios de Salud” de la Universidad Técnica del Norte. Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo.

Unidad Operativa.....

Fecha.....

1. Profesión

Médico	
Odontólogo	
Psicólogo	
Enfermera	

2. Tiempo de trabajo en la institución

- 1 año	
+ 1 año	

3. Denominación laboral

nombramiento	
contrato	
Profesional rural	
Otro especifique	

4. ¿Qué profesionales de salud brindan atención en la Unidad Móvil de Salud?

Médico	
Odontólogo	
Psicólogo	
Enfermera	

5. ¿A parte de los profesionales que conforman actualmente la Unidad Móvil, que otro profesional le gustaría que integren la Unidad Móvil de salud?

6. ¿Cómo se planifica las atenciones de salud con la Unidad Móvil?

7. ¿Se considera algún criterio específico para realizar las planificaciones?

8. ¿Cuál es el aporte de la Unidad Móvil para la Unidad de Salud a la cuál usted representa?

9. Están de acuerdo con la atención que brindan la Unidad Móvil

sí	
no	

porque.....
.....

10. ¿Existe comunicación entre el personal de la Unidad Móvil y el personal de su Unidad de Salud?

si	
no	

porque.....
.....

11. Se cumple con las programaciones establecidas o planificadas con la Unidad de Salud y la Unidad Móvil

si	
no	

porque.....
.....

12. Los reportes de producción de la Unidad Móvil son entregados a su Unidad de salud.

13. Se analiza la producción generada por la Unidad Móvil de Salud.

14. ¿Se han presentado inconvenientes, dificultades al coordinar el trabajo con la Unidad Móvil?

15. ¿Considera que las instalaciones y el ambiente físico del servicio de la Unidad Móvil permiten desarrollar sus actividades con calidad?

si	
no	

porque.....
.....

16. ¿Conoce usted, algún criterio emitido por parte de los usuarios externos con respecto a la atención que brinda la Unidad Móvil?

17. ¿Cree usted que la Unidad Móvil de Salud, debería seguir apoyando a su unidad de salud?

si	
no	

Porque.....

Gracias por su colaboración



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
INSTITUTO DE POSTGRADO
GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD



Investigación previa a la obtención de la Maestría “Gerencias en los Servicios de Salud” de la Universidad Técnica del Norte “Aporte de la unidad Móvil en la producción asistencial de las unidades del Distrito de Salud 10D01 -2017”

Entrevista a los profesionales de salud del Distrito 10D01

Consentimiento Informado

Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige a los profesionales de salud del Distrito 10D01 que laboran en las Unidades Operativas y que se les invita a participar en la investigación “Aporte de la unidad Móvil en la producción asistencial de unidades del Distrito de Salud 10D01 -2017” soy la Lcda. Mirian Anrrango estudiante de la Maestría “Gerencias en los servicios de Salud” de la Universidad Técnica del Norte. Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo.

Mirian Anrrango
 CC: 1002867438

Unidad Operativa... Pablo Arenas

Fecha... 20/9/2018

1. Profesión

Médico	<input type="checkbox"/>
Odontólogo	<input checked="" type="checkbox"/>
Psicólogo	<input type="checkbox"/>
Enfermera	<input type="checkbox"/>

2. Tiempo de trabajo en la institución

- 1 año	<input type="checkbox"/>
+ 1 año	<input checked="" type="checkbox"/>

3. Denominación laboral

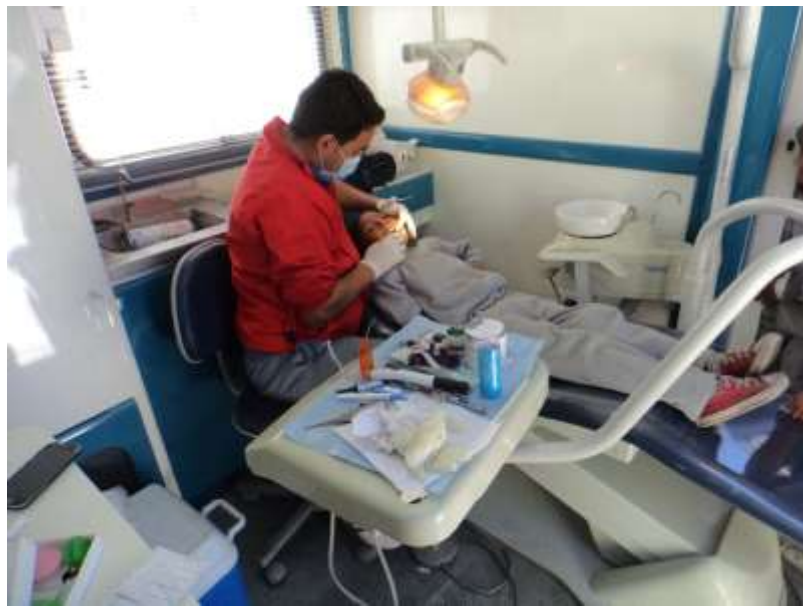
nombramiento	<input checked="" type="checkbox"/>
contrato	<input type="checkbox"/>
Profesional rural	<input type="checkbox"/>

Anexo 3. Fotográfico Unidad Móvil General en la comunidad





Atención odontológica





Atención Sicológica





Atención Médica y de Enfermería

