

Universidad Andina Simón Bolívar

Sede Ecuador

Área de Salud

Maestría en Epidemiología y Salud Colectiva

Tiempo y cuidado

Análisis del tiempo destinado al llenado de formularios y a los actos de cuidado en el Distrito 17D06

Daniel Alejandro Ruiz Bermeo

Tutor: Aquiles Rodrigo Henríquez Trujillo

Quito, 2019



Cláusula de cesión de derecho de publicación de tesis/monografía

Yo, Daniel Alejandro Ruiz Bermeo, autor de la tesis intitulada “Tiempo y cuidado. Análisis del tiempo destinado al llenado de formularios y a los actos de cuidado en el Distrito 17D06”, mediante el presente documento dejo constancia de que la obra es de mi exclusiva autoría y producción, que la he elaborado para cumplir con uno de los requisitos previos para la obtención del título de Magister en Epidemiología y Salud Colectiva en la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.

1. Cedo a la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación, durante 36 meses a partir de mi graduación, pudiendo, por lo tanto, la Universidad utilizar y usar esta obra por cualquier medio conocido o por conocer, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico. Esta autorización incluye la reproducción total o parcial en formato virtual, electrónico, digital u óptico, como usos en red local y en internet.
2. Declaro que en caso de presentarse cualquier reclamación de parte de terceros respecto de los derechos de autor/a de la obra antes referida, yo asumiré toda responsabilidad frente a terceros y a la Universidad.
3. En esta fecha entrego a la Secretaría General, el ejemplar respectivo y sus anexos en formato impreso y digital o electrónico.

Mayo 2019

Firma:

Resumen

El problema de investigación se abordó desde la Epidemiología crítica y la Salud colectiva, la pregunta de investigación fue: ¿Cómo es destinado el tiempo al llenado de formularios/matrices y a los actos de cuidado en el Distrito 17D06? Como objetivo se planteó conocer, desde la perspectiva de los cuidadores, cómo fue destinado el tiempo al llenado de formularios/matrices y a los actos de cuidado en el Distrito 17D06. Para abordar el problema de investigación se recurrió a una metodología mixta, cualitativa y cuantitativa. El componente cuantitativo utilizó un diseño descriptivo transversal. En el componente cualitativo se realizó un análisis del contenido de un grupo focal con 8 profesionales de salud que trabajan en Distrito 17D06. Para el componente cuantitativo se encuestó a 85 profesionales de salud entre los que incluyen médicos, obstetras, psicólogos y enfermeras. Los profesionales de salud reconocieron que el tiempo disponible para brindar actos de cuidado no les permite realizar una anamnesis que recopile la información necesaria para desarrollar un examen físico adecuado, tampoco son capaces de ingresar todos los datos que los SIS como el PRAS requieren. Los SIS y hojas de cálculo que maneja el MSP incorpora variables: no validadas, repetidas y sin operacionalización metodológica. El llenado de formularios y matrices en el Distrito 17D06 representa un problema en cuanto al uso del tiempo debido a que este se prioriza para obtener información en lugar de brindar atención centrada en la calidad y en el dialogo intersubjetivo. El promedio de tiempo *mínimo* destinado al llenado de una matrices o formulario fue de 17,91 minutos (mediana: 15; moda: 10; min.: 2; máx.: 120) y el *máximo* fue de 39,16 minutos (mediana: 30 minutos; moda: 30 minutos min.: 2; máx.: 180). Diariamente, el grupo encuestado llenó en promedio 6.4 formularios (mediana: 5 ; moda: 5; min.: 1; máx.: 30). No existieron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de profesionales ($p=0.291$).

A Estefanía

Tabla de contenidos

Capítulo uno. Metodología, método y técnicas.....	13
1.1 Metodología.....	13
1.2 Problema de investigación.....	18
1.3 Pregunta central.....	19
1.4 Objetivo general.....	19
1.5 Objetivos específicos.....	19
1.6 Justificación académica y social.....	20
1.7 Tipo de estudio.....	20
1.8 Operacionalización metodológica.....	21
1.9 Operacionalización de las variables.....	22
1.10 Universo y Muestra.....	23
1.11 Ética.....	23
 Capítulo dos. Contexto sociohistórico de los Sistemas de Información en Salud en el Distrito 17 D06.....	25
2.1 El Sistema de Salud.....	25
2.2 El territorio del Distrito 17D06.....	27
2.2.1 El suelo.....	31
2.3 La población del Distrito 17D06.....	34
2.3.1 Migración.....	36
2.3.2 Adscripción religiosa.....	38
2.3.3 Fiestas.....	38
2.3.4 Medicina tradicional.....	39
2.3.5 Tenencia de la vivienda y acceso al agua.....	40
2.4 Establecimientos y servicios de salud del Distrito 17D06.....	40
2.5 La enfermedad en el territorio.....	42
2.6 Sistemas de información en salud.....	45
2.7 Modos de gestionar la información.....	47
Capítulo tres. El tiempo perdido: llenado de formularios/matrices.	51
Capítulo cuatro. El tiempo de cuidado.....	57
4.1 Planificación, ejecución de actividades y actos de cuidado.....	58

4.2 El Sistema de agendamiento.....	58
4.3 Registrar vs. Cuidar.....	59
4.4 Tiempo y espacio para cuidar.....	60
Discusión.....	63
Conclusiones.....	67
Referencias.....	69
Anexos.....	74

Introducción

Esta investigación intenta mostrar la realidad de las prácticas en torno a los cuidados que brinda el personal de salud, sus formas, particularidades y el tiempo en el cual, estas prácticas se producen y reproducen; para lo cual, se recurre a la Determinación Social de la Salud como modelo explicativo.

La información se obtuvo mientras el autor trabajaba en el Distrito 17 D06 Chilibulo a Lloa-Salud en donde se desempeñó como especialista en provisión y calidad de los servicios donde, particularmente, se encargaba de gestionar información y elaborar el Análisis Situacional Integral en Salud (ASIS).

El enfoque epistemológico al que se recurre en esta investigación es el realismo crítico. Este sirve como punto de partida para escoger las categorías que serán analizadas. El autor enfoca la problemática desde la Salud Colectiva para lo cual, es imprescindible recurrir a Epidemiología.

El documento se compone de 4 capítulos. El primero expone la metodología de la investigación, el enfoque epistemológico, la justificación, los objetivos y el problema de investigación. El segundo trata sobre el Contexto sociohistórico de los Sistemas de Información en Salud en el Distrito 17D06. Se analiza el sistema de salud a través de la revisión documental. Este capítulo habla también del territorio, su población su modo de vivir y la distribución espacial de los establecimientos de salud. Por medio de revisión documental y entrevistas se muestran los sistemas de información en salud y su gestión. El capítulo tres presenta los datos estadísticos de las encuestas realizadas a los profesionales de salud, su frecuencia, distribución y significación estadística de los hallazgos. El capítulo cuatro aborda el tiempo de cuidado desde la Determinación Social de la Salud. Muestra el resultado de la entrevista realizada al grupo focal en cuanto a las prácticas en torno al cuidado y a la generación de datos o información para el Distrito y, por consiguiente, a la Coordinación Zonal y al Ministerio de Salud Pública, desde la planta central.

Capítulo uno.

Metodología, método y técnicas

1.1 Metodología

El punto de partida epistemológico para el planteamiento de la metodología es el realismo crítico, el cual, a más de manifestarse como una respuesta contestataria al paradigma imperante, permite realizar aproximaciones teóricas que abordan al proceso salud/enfermedad/atención desde su complejidad; permitiendo el análisis del tiempo destinado al llenado de formularios o matrices y a los actos de cuidado desde la perspectiva del cuidador.

El realismo es una escuela filosófica para la cual, “el conocimiento es posible sin necesidad de que la conciencia imponga sus propias categorías a la realidad” (Briones 1996, 25); en términos generales, se opone al idealismo. El realismo crítico, una de las tres versiones de realismo¹, establece que el conocimiento provisto por los sentidos no puede aceptarse sin que antes sea criticado, para establecer o no, si este corresponde a la realidad. El “*pensamiento epidemiológico*” que surge de esta corriente está fundamentado en las ideas de Thomas Kuhn y Pierre Bourdieu, quienes incorporan a la dialéctica y la reproducción social como forma de aproximarse a la realidad (Breilh 2013a, 2). En el realismo crítico: “sujeto-objeto y praxis sostienen una movilidad dialéctica, incorporando además la categoría de ‘complejidad’ que reconoce un espacio formado por tres dominios: general (sociedad), particular (modos de vida) y singular (estilos de vida)” (Soliz 2014, 48).

Al igual que la reproducción social y el metabolismo sociedad-naturaleza, la determinación social de la salud (DSS) es una de las categorías que conforman el eje teórico de la epidemiología crítica. La DSS ha sido formulada en Latinoamérica desde los años 70 por las corrientes de salud colectiva de la región (Breilh 2013b; Soliz 2014)

"La determinación social va y viene dialécticamente entre las dimensiones general, particular y singular: se reproduce de lo general a lo particular, y se genera de lo particular a lo general" (Breilh 2013b, 20) Estas dimensiones son explicadas desde La

¹ Realismo ingenuo y realismo científico.

dialéctica hegeliana, que incorpora el socialismo científico. Así, explica el proceso salud/enfermedad/atención desde su devenir histórico bajo estas dimensiones. “La determinación incorpora todas las posibilidades, pero sin que ninguna de ellas se asuma como principio absoluto (Breilh 2003, 129)

En Latinoamérica, entre las décadas de los 50s y 80s, el modelo de industrialización por sustitución de importaciones contó con una fuerte participación del Estado. Para mantener apoyo y legitimación entre el líder populista y la clase trabajadora fue necesario recurrir a la seguridad social como el canal más adecuado para el diálogo; esto llevó a su consolidación como núcleo del sistema político. Así, “(...) las políticas sociales y los sistemas de seguridad social de la región, en todas partes y donde fuera que existieran, representaban un papel importante en el proceso del arte de gobernar, pero no lograron difundir una cultura cívica ni extender la condición de ciudadano (...)” (Fleury 2004, 173). Esta práctica condujo a la exclusión de grupos sociales, la fragmentación de instituciones (seguridad social y ministerio de salud), la concentración de las redes sobre los servicios de salud, una administración centralizada y el sostenimiento económico fundamentado en los aportes por parte de los trabajadores que no guardaban relación con sus salarios (Fleury 2004).

El modelo de industrialización por sustitución de importaciones (ISI) se implementó en el Ecuador a inicios de los años 70, durante la dictadura del General Rodríguez Lara. Este modelo fue desarrollado con la intención de acumular capital en el sector público a fin de: "evitar la excesiva concentración de capital en manos privadas, y contar con recursos para mantener políticas sociales que impidieran una ampliación de la brecha entre ricos y pobres" (Maldonado, Arteaga, y Cuvi 2017, 2) bajo la etiqueta del Estado de Bienestar. Gracias a los recursos provenientes de la explotación petrolera que ocurrió en esa década, las políticas desarrollistas fueron mantenidas durante cuatro años.

A finales de los 70 y principios de los 80 el ajuste de las economías de los países de Latinoamérica a un mercado internacional competitivo ha buscado “aumentar la eficiencia, controlando al mismo tiempo los precios inflacionarios y la demanda creciente” (Fleury 2004) de los servicios de salud. Por consiguiente, el Estado y su participación se vieron reducidos, favoreciendo la intervención de la inversión privada en el contexto de una crisis financiera con el incremento de la pobreza y las desigualdades.

En este contexto se configuran los modelos de reforma de los sistemas de salud en la región; este antecedente reviste de características particulares a los modelos de atención propuestos por estos sistemas.

El capitalismo conduce a la creación de varios modelos de atención médica; un modelo es:

”Un instrumento metodológico que supone una construcción propuesta por nosotros a través de determinados rasgos estructurales y cuyo valor es básicamente heurístico. Por modelos médicos entendemos aquellas construcciones que a partir de determinados rasgos estructurales suponen en la construcción de los mismos, no solo la producción teórica, técnica, ideológica y socioeconómica de los ‘curadores’ (incluidos los médicos), sino también la participación en todas esas dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento” (E. L. Menéndez 1992, 488)

El modelo médico hegemónico (MMH) – uno de los modelos de atención construidos-subalterna a los otros modelos con un fundamento ideológico, “los transforma y se apropia de ellos” (E. L. Menéndez 1992, 487). Por lo tanto, es dependiente del sistema dominante y de las relaciones existentes entre las clases dominantes y subalternas: “depende tanto del sistema dominante como de los procesos transaccionales establecidos entre clases dominantes y las clases subalternas; que estas transacciones suponen la existencia de prácticas alternativas que el sistema trata de apropiarse en su proceso de expansión”(E. L. Menéndez 1984, 2). El MMH surge entre los siglos XVII y XIX, junto con la revolución industrial y la expansión de las colonias. Se caracteriza por: "su biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo [,] eficacia pragmática" y eficacia comparativa (E. L. Menéndez 1984, 12) . Gracias a la primera característica, la explicación del proceso salud/enfermedad carece de una explicación social y económica; la última, afirma que la biomedicina tiene mayor eficacia cuando se la compara con "otros saberes populares y médicos" (E. L. Menéndez 2015, 12)

Los modelos de atención no hacen referencia únicamente al quehacer biomédico, comprenden además todas las formas de atención que se encuentran vinculadas a los padecimientos. Se plantean y ejecutan de manera distinta en las diferentes sociedades, pudiendo plantear diversas formas de: diagnosticar, tratar las enfermedades y establecer los criterios para determinar si una enfermedad ha sido curada entre otros. Los modelos de atención están determinados por condiciones, sociales políticas económicas, religiosas, étnicas y científicas pudiendo en ocasiones incorporar prácticas que podrían ser consideradas como antagónicas (medicina tradicional, medicina científica). En este

sentido, los modelos de atención son transformados en la medida en la que las formas de medicina popular y tradicional son recuperadas y resignificadas por la industria farmacéutica y los saberes *no* occidentales son difundidos por la academia (E. Menéndez 2004). No obstante, ciertas prácticas han sido capaces de subordinar e imponerse a otras, el modelo hegemónico se constituye como el conjunto de:

“(…) Prácticas, saberes y teorías generados por lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr diferenciarse como la única forma de entender la enfermedad legitimada tanto por los criterios científicos como por el Estado.” (E. Menéndez 1988)

La atención en salud en el Ecuador está determinada por un modelo que pretende transformar y poseer a otros modelos de atención y subalternarlos. En este modelo hegemónico, se reduce en gran medida la “dimensión cuidadora del trabajo en salud”, dando relevancia a los procedimientos y no -necesariamente- a las y los usuarios de los servicios de salud y a los actos de *cuidado*. (Merhy 2006, 55).

El cuidado es un acontecimiento que ocurre en un espacio social, entre sujetos que pueden ser: a) profesional de salud y usuario/paciente, b) profesional de salud y familiar² o entre c) profesionales de salud, pacientes y familiares. Solo mediante la interrelación de ellos, en el momento de atención, es posible la producción del cuidado. El cuidado es producido y determinado social, política, económica y culturalmente, bajo un modelo de atención en salud -que puede ser hegemónico o subalterno- donde coexisten “momentos de conversación , escucha, interpretaciones, en los cuales se producen acciones de acogimiento o no, de las intenciones que estas personas plantean en este encuentro; momentos de complicidades, en los que se produce una responsabilización en torno al problema que se va a enfrentar; momentos de confiabilidad y esperanza, dónde se producen relaciones de vínculo y aceptación”(Batista y Merhy 2016, 65). El cuidado

² En ocasiones el familiar puede ser cuidador. El termino se refiere a: “personas que cuidan a quienes necesitan supervisión o asistencia por enfermedad o discapacidad. Pueden brindar los cuidados en la casa, en un hospital o en una institución. Aunque los cuidadores incluyen al personal médico entrenado, enfermeros y demás personal de salud, el concepto también se refiere a padres, esposos u otros miembros de la familia, amigos, miembros del clero, maestros, trabajadores sociales, compañeros pacientes, etc.” (Biblioteca virtual en salud 2019)

procura la vida del otro, la reconoce , legitima y respeta; se centra en el usuario y le confiere autonomía. (Merhy 2006, 54).

Los actos de cuidado incorporan diversos saberes y prácticas que están socialmente determinadas y, en medida que esta diversidad es incorporada, la probabilidad de comprender los problemas salud y los procesos de trabajo son mayores. El cuidado en salud es relacional, surge como resultado del encuentro entre los profesionales de salud y las o los usuarios. En este encuentro están presentes afectos y emociones capaces de desterritorializar³ las prácticas en salud (Batista y Merhy 2016).

Para la tecnocracia, estos encuentros y actos de cuidado deben ser medidos -al menos así lo establecen *las funciones esenciales de la salud pública*- para conocer, describir, analizar y tomar decisiones en salud. Por lo tanto, los datos provistos por las acciones en salud suscitadas en el marco del modelo de atención deben ser obtenidos. Para esto, es necesario recurrir a los *Sistemas de Información en Salud (SIS)* los cuales son un instrumento de acción, debido a que son el fundamento para la toma de decisiones informadas. La gran cantidad de datos es requerida para satisfacer: la necesidad de información para construir políticas públicas en salud, la definición de prioridades y los compromisos que serán acordados. Por lo tanto, para un SIS es tan necesario contar con datos relevantes en salud como prescindir de los menos importantes. Los SIS deben estar contenidos en un marco conceptual amplio que está subsumido por el modelo de salud; así como, al contexto social político económico y cultural. Bergonzoli propone que los SIS deberían ser descentralizados flexibles, selectivos y orientados a mostrar los resultados de las acciones en salud destinadas a mejorar las condiciones de vida de las personas en lugar de simplemente medir de los insumos de los procesos (Bergonzoli 2004).

El tiempo es comprendido como el producto de las relaciones sociales y los hitos o marcas temporales que constituyen los diversos “eventos de importancia individual o social” como son: los cambios ambientales, la rotación de los astros, ciclos lunares, los cambios de estaciones entre otros. Las horas, minutos o segundos, son también contruidos socialmente; por lo tanto, están sujetos a un contexto sociohistórico (Montero 2000). De esta manera, el tiempo -tal y como lo afrontamos y experimentamos-,

³ Tulio Batista Franco define a la desterritorialización como la ruptura de la lógica instituida ya sean capitalistas, biomédicas o centradas en los procedimientos (Batista y Merhy 2016) .

constituye una construcción social que responde a una lógica hegemónica implementada por el capital. Según Harvey los “mercaderes y señores crearon una nueva «red cronológica» en la cual quedó atrapada la vida cotidiana” de esta forma, la civilización capitalista, fue la encargada de proveer una simbología y una significación particular del tiempo. (Harvey 1998, 253). Para satisfacer esta vasta necesidad de información que requieren las instancias gubernamentales, el tiempo destinado a los actos de cuidado debe ser sacrificado.

1.2 Problema de investigación

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador cuenta con dos Viceministerios, cinco Subsecretarías, cinco Coordinaciones generales, cuarenta y un Direcciones Nacionales, nueve Coordinaciones Zonales, noventa Direcciones Zonales -incluidas las veinticuatro Direcciones provinciales-, ciento cuarenta Direcciones distritales y cuatro Entidades adscritas. Todas –eventualmente- requieren un gran número de datos para lo cual, recurren a la creación de una gran cantidad de matrices cuyo contenido termina siendo – en la mayoría de los casos- imposible de tabular y analizar. Este requerimiento de información debe ser satisfecho en general por los establecimientos de salud y, en particular por los profesionales que laboran en ellos, tanto por el personal operativo como el administrativo. Cualquier acción en salud debe ser registrada y, para eso, todas las instancias mencionadas deben elaborar matrices que satisfagan una necesidad de información específica. Ante esto, de manera recurrente, se crean matrices nuevas para recopilar información. Cuando una matriz –debido a la creación de una nueva necesidad de información- pierde vigencia, una nueva es propuesta; no obstante, la que ha perdido vigencia, aún debe ser llenada.

Un ejemplo de lo expuesto es la matriz de Tamizaje Metabólico Neonatal (TAMEN). Esta matriz –que en realidad está compuesta por diez matrices- debe ser llenada por los establecimientos de salud de las 140 direcciones distritales que cuentan con esta prestación. que brindan el servicio del tamizaje mencionado, el cual consiste en la detección de enfermedades que pueden producir discapacidad intelectual, muerte neonatal y errores del metabolismo. El Distrito 17D06-Salud Chilibulo a Lloa, uno de los nueve distritos que componen la Coordinación Zonal 9 de salud, tiene veintiocho establecimientos de salud en los cuales las niñas y niños menores de 28 días son sometidos a este procedimiento. Toda la información de estos establecimientos es registrada por las

y los enfermeros de forma constante en las 10 matrices anteriormente mencionadas luego, es consolidada por el administrador/a técnico y dirigida a él o la responsable designada de la Unidad Distrital de Provisión y Calidad de los Servicios. Para registrar la información expuesta se elaboran un total de 308 documentos. Otras matrices, como las del Tamizaje visual, contienen variables cuya operacionalización no responde a las categorías que el desarrollo de esta actividad contempla. Los indicadores y escalas son inadecuados y los valores considerados para el diagnóstico no guardan relación con el objetivo del tamizaje. Como consecuencia de lo expuesto, se genera una abrumadora cantidad de datos que son difíciles de manejar, inadecuados para obtener la información que se pretende y de escaso valor para la toma de decisiones. Tal cantidad de matrices y formularios reducen el tiempo de consulta y, por consiguiente, el relacionamiento intersubjetivo entre las personas que requieren atención en salud y aquellos que lo prestan; lo que, en definitiva, limita la producción de actos de cuidado y constriñe su desarrollo a un tiempo extremadamente reducido. El tiempo destinado a estos propósitos, puede aumentar el costo de los servicios en salud debido a la duplicidad de exámenes y prescripción de medicamentos. Además, podría limitar el acceso a los servicios a diversos grupos culturales y grupos vulnerables como, consecuencia de la disminución del tiempo destinado al cuidado.

1.3 Pregunta central

¿Cómo es destinado el tiempo al llenado de formularios/matrices y a los actos de cuidado en el Distrito 17D06?

1.4 Objetivo general

Conocer desde la perspectiva de los cuidadores como es destinado el tiempo al llenado de formularios/matrices y a los actos de cuidado en el Distrito 17D06.

1.5 Objetivos específicos

1. Describir el contexto sociohistórico que determina el Sistema Nacional de Salud, el Modelo de atención y los Sistemas de Información en Salud.
2. Conocer cuales la perspectiva del cuidador sobre el tiempo destinado al llenado de formularios/matrices.
3. Conocer cuál es la perspectiva del cuidador sobre el tiempo destinado los actos de cuidado.

1.6 Justificación académica y social

Un estudio desarrollado por Sinsky y colaboradores, publicado en 2016, afirma que los médicos pueden destinar casi dos horas al llenado de formularios, por cada hora de atención clínica brindada (Sinsky, Colligan, et al. 2016). Esto implicaría que, en una jornada laboral de 8 horas, únicamente el 33 % de trabajo de los médicos sea destinado a la atención directa de pacientes. El 66% restante estaría dedicado al llenado de formularios y papeleo.

Los resultados del estudio muestran la realidad de quiénes participaron en él. Probablemente el tiempo destinado a estas actividades no sea similar a nuestra realidad, no obstante, pone en manifiesto que el manejo de la información es un difícil problema con el que los sistemas de salud deben lidiar. Conviene mencionar que, en nuestro contexto, los médicos que dan atención también son gestores -o administradores- por lo cual es probable que destinen hasta el 75% de su tiempo al intercambio de datos o información. (Spinelli 2017).

El Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e intercultural (MAIS-FCI) supone la atención de un “sujeto” y todo el componente subjetivo que lleva consigo. Si bien es cierto que el enfoque integral del modelo de atención es algo digno de destacar, no es menos cierto que los esfuerzos por obtener cada vez más información terminan agotando al personal y desviando el horizonte que persigue dicho modelo. El espacio de consulta termina siendo un proceso mecanicista en el que todos los datos que deben ser recolectados, sin que necesariamente se tomen precauciones para determinar su calidad, utilidad y pertinencia. Para una correcta aplicación del modelo de atención que rige en nuestro país, es fundamental aligerar la carga de trabajo producida por actividades que tienen poco o nulo valor en la toma de decisiones.

En el Ecuador no existen estudios sobre los servicios de salud que describan la realidad en cuanto a: la calidad, cantidad de los datos, tiempo destinado a la obtención de estos y los actos de cuidado que brinda el personal de salud a las personas.

1.7 Tipo de estudio

El estudio efectuado fue de tipo descriptivo, transversal e incorporó una metodología cualitativa y cuantitativa. El componente cualitativo pretendió comprender cuáles son las percepciones de los profesionales en relación con el tiempo destinado al

llenado de formularios/matrices y a la provisión de actos de cuidado. El componente cuantitativo del estudio quiso cuantificar el tiempo destinado al llenado de formularios/matrices. Se trabajó con administradores/as técnicos y líderes de enfermería debido a que estos grupos proporcionan cuidados a los usuarios y conocen más acerca del uso de formularios en los establecimientos de salud.

1.8 Operacionalización metodológica

Capítulo	Método	Técnicas de Investigación	Fuentes de Información	Variables/ categorías conceptuales
Contexto sociohistórico de los Sistemas de Información en Salud en el Ecuador	Estudio de fuente documentales secundarias	Revisión bibliográfica Entrevista semiestructurada	Libros, artículos científicos, documentos emitidos por el Ministerio de Salud Pública, estatutos reglamentos informes.	Sistema Nacional de Salud Modelo de atención en salud Sistemas de información en salud
Los formularios	Encuesta Grupo focal Entrevistas individuales	Encuesta Entrevista semiestructurada	Administradores/as técnicos de los establecimientos de salud; lideresas/líderes de enfermería	Tiempo destinado al llenado de formularios/matrices
El cuidado	Grupo focal	Entrevista semiestructurada	Administradores/as técnicos de los establecimientos de salud; lideresas/líderes de enfermería	Tiempo destinado a las actividades de cuidado.

1.9 Operacionalización de las variables⁴

Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Años	Número de años
Sexo	Mujer, Hombre	1) Mujer 2)Hombre
Tiempo de trabajo en el Distrito 17D06	Años	Número de años
Tiempo	¿Cuántos minutos tarda (como mínimo) el llenado de un formulario/matriz?	Número de minutos
	¿Cuántos minutos tarda como máximo en el llenado de un formulario/matriz?	Número de minutos
	¿Cuántos formularios/matrices debe llenar diariamente?	Número de matrices
	¿Cuántos formularios/matrices debe llenar mensualmente?	Número de matrices

Los grupos focales estuvieron destinados a recopilar información sobre los aspectos cualitativos del tiempo en el llenado de matrices y los actos de cuidado provistos

⁴ El modelo para la operacionalización de variables ha sido tomado de: *Nuevos conceptos de y técnicas de investigación. Guía pedagógica para un taller de Metodología Epidemiología del Trabajo.* Breilh, J.,1994.

las/los cuidadores. Para este propósito se recurrió a una entrevista semiestructurada que constará de las siguientes preguntas:

- ¿Qué piensa del tiempo dedicado al llenado de matrices o formularios?
- ¿A qué dedicaría el tiempo si el número de matrices/formularios que deben ser llenados fuera reducido?
- ¿Qué actividades relacionadas con el cuidado de las personas piensa que ha dejado de hacer?
- ¿Qué piensa del cuidado que brinda a las personas/pacientes en relación con el tiempo que dispone para su atención?
- ¿Qué hace falta considerar en el tiempo destinado al cuidado de las personas/pacientes?

1.10 Universo y Muestra

En cuanto al componente cuantitativo, participaron 85 profesionales de salud de los 28 establecimientos de salud del Distrito 17 D06. Se distribuyó una encuesta a través de correo electrónico para que sea llenada de forma anónima. Para el componente cualitativo se realizó un grupo focal de 8 personas constituido por enfermeras y médicos (líderesas y administradores/as técnicos) que trabajaron más tiempo en la institución y que estuvieron familiarizados con el llenado de matrices, formularios y procesos burocráticos.

1.11 Ética

Se garantizó la confidencialidad en la participación y el respeto a los derechos individuales y colectivos de los sujetos que participan en el estudio. La participación de los individuos fue voluntaria. El consentimiento previo, libre e informado fue un requisito para participar en el proyecto de investigación; este contuvo información clara y adecuada; se enfatizó el respeto al anonimato de todos los participantes. Se dio a conocer la posición del investigador frente al fenómeno analizado a los sujetos que participaron del estudio. Las y los participantes tenían claro que podían retirarse en el momento que considerasen oportuno. Los datos obtenidos no podrán ser divulgados a terceros en ninguna circunstancia, y serán utilizados exclusivamente para los propósitos de esta investigación.

Capítulo dos.

Contexto sociohistórico de los Sistemas de Información en Salud en el Distrito 17 D06

2.1 El Sistema de Salud

El Sistema Nacional de Salud (SNS) del Ecuador se caracteriza por su fragmentación; esto supone la coexistencia de entidades no integradas con la participación del sector público y privado. El sector sanitario público está compuesto por: el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) y los establecimientos de salud de las Fuerzas Armadas (Sanidad Militar), el Instituto de Seguridad Social de la Policía (ISSPOL), y los Gobiernos Autónomos Descentralizados (GAD). El sector privado está conformado por múltiples entidades que prestan sus servicios con o sin fines de lucro (Lucio, Villacrés, y Henríquez 2011a). Esta fragmentación pone en duda la existencia de un verdadero Sistema Nacional de Salud, que en la realidad se traduce en una incipiente red de instituciones sanitarias públicas y privadas con una integración precaria donde se distinguen la Red Pública Integral de Salud (RPIS), eminentemente pública, y una Red Complementaria privada que vende servicios al sector público y a particulares.

La RPIS es financiada por el presupuesto general del Estado y, en el caso de los beneficiarios de algún seguro público, por los aportes patronales e individuales. El Ministerio de Finanzas es quien recauda los recursos fiscales y los asigna a las distintas entidades conforme a la distribución establecida por el gobierno; que habitualmente considera para el presupuesto los gastos históricos y la capacidad de gasto de estas entidades. Además, se recurre a criterios como: territorio, estructura demográfica, nivel socioeconómico, características culturales, perfil epidemiológico y otros determinantes. Los subsistemas públicos de seguridad social (IESS, ISSFA e ISSPOL) y las entidades privadas, manejan su propio presupuesto y no necesariamente acogen estos criterios. (OPS 2010a; Lucio, Villacrés, y Henríquez 2011a; Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2016).

Según las directrices del Ministerio de Salud Pública, el SNS está organizado en cuatro niveles de atención, los establecimientos de salud de cada nivel tienen un marco normativo que establece su capacidad resolutoria. El primer nivel de atención enfatiza en la promoción, prevención y resuelve las necesidades básicas de la población. Tiene dos modalidades de atención: extramural (comunitaria) e intramural (en el establecimiento de salud) (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2016). El segundo nivel proporciona atención ambulatoria especializada y hospitalización. A este nivel pueden acceder aquellas personas que requieren atención de emergencia o que fueron referidas desde el primer nivel de atención. Los establecimientos del tercer nivel brindan atención de especialidad y especializada. Resuelve problemas complejos de pacientes que son referidos de cualquier localidad del país. El cuarto nivel se enfoca en la experimentación clínica (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2016).

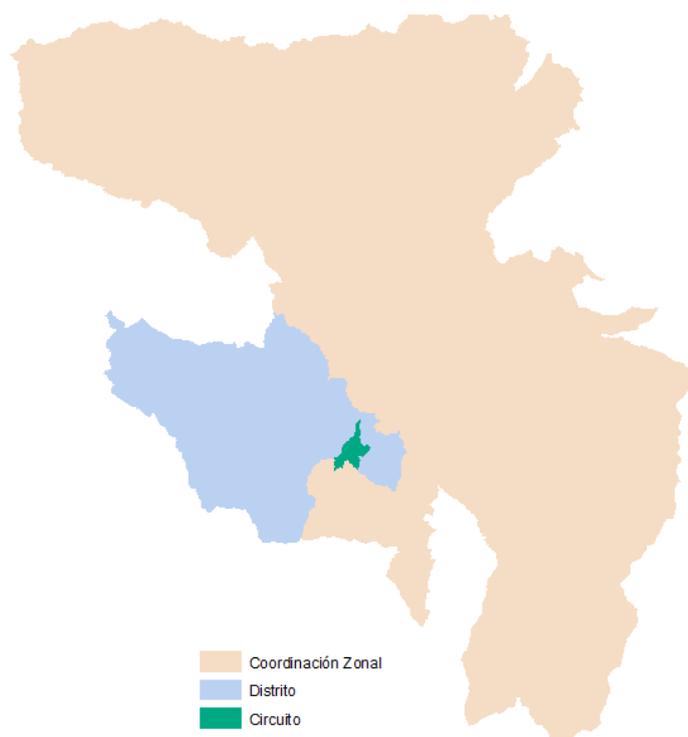
En enero de 2014, con Acuerdo ministerial 00004521, el MSP publicó “Los lineamientos para la organización de los establecimientos de salud para el Ministerio de Salud Pública en Zonas y Distritos” (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2014). Este acuerdo transformó la organización territorial establecida hasta ese momento, y marcó un hito en la distribución espacial de los establecimientos de salud. Pese a que el acuerdo fue publicado en 2014, la transición inició en 2010.

Antes del 2014, el MSP contaba con dos niveles de descentralización: a) la Dirección Provincial de Salud a nivel provincial, y las Áreas de salud a nivel cantonal. Un problema de esta delimitación fue que la cobertura territorial de las áreas de salud no coincidía con la delimitación territorial de los cantones. Tampoco existe concordancia con la cobertura de otras carteras de Estado como el Ministerio de Educación y el Ministerio de Inclusión Económica y Social, que no coincidían con el MSP en el territorio (Lucio, Villacrés, y Henríquez 2011b; OPS y OMS 2008).

Esta nueva organización del territorio conlleva tres niveles de planificación administrativa en zonas, distritos, y circuitos (gráfico 1). En el país existen nueve zonas administrativas de planificación que están conformadas por distritos -que coinciden con un cantón- que a su vez están conformados por circuitos los cuales, tienen un establecimiento de salud con un área delimitada (Senplades 2014).

Gráfico 1

Organización del territorio: coordinación zonal, distritito, circuito.



Fuente: MSP 2018
Elaboración propia

2.2 El territorio del Distrito 17D06

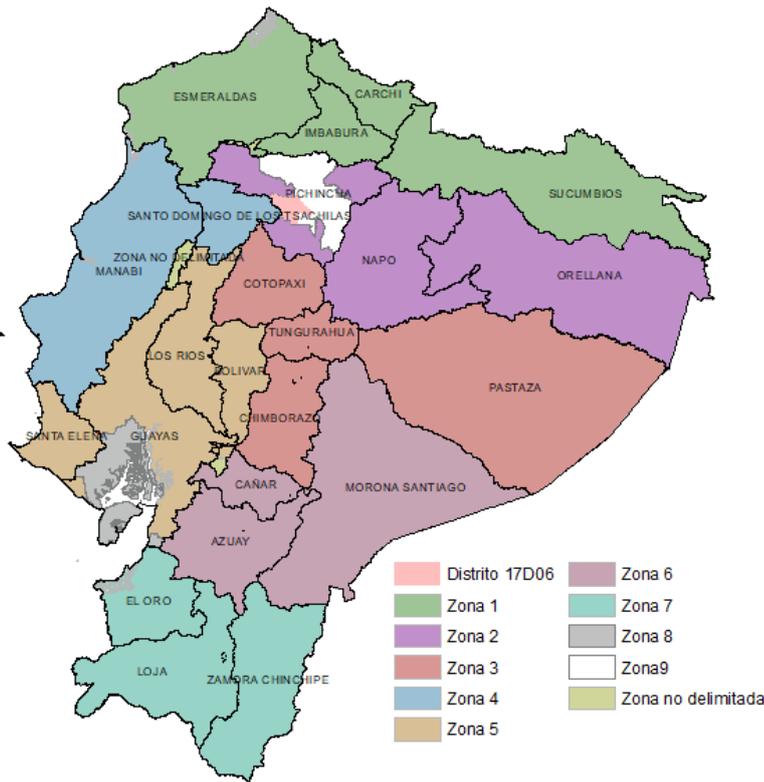
El Distrito Metropolitano de Quito (DMQ) se encuentra ubicado en la provincia de Pichincha, entre las cordilleras: oriental y occidental, este hecho condiciona a que el crecimiento urbano se produzca en el eje longitudinal. La cordillera oriental está conformada de norte a sur por: el nevado Cayambe, formaciones montañosas como Pambamarca, los páramos de Guamaní, Puntas, Filocorales, Antizana, Sincholagua y termina con el nevado Cotopaxi. La cordillera occidental transcurre de norte a sur desde el Pululahua seguido por el cerro de Yanahurcu, Casitahua, Guagua Pichincha, Rucu Pichincha, Atacazo y finaliza en el Corazón. El Distrito 17D06 Salud⁵, Chilibulo a Lloa, uno de los 9 pertenecientes a la Coordinación Zonal 9, se encuentra ubicado al sur del DMQ (gráfico 2). Tiene una superficie de 589,93 km²; de la cual, el 91,5% (540,28 km²)

⁵ En la actualidad el MSP cuenta con 9 coordinaciones zonales, 140 distritos y 1334 circuitos (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2016)

corresponde a la parroquia rural de Lloa y el 8,5% (49,65 km²) son suelos localizados en el área urbana (8 parroquias) (tabla 1).

Gráfico 2

Ubicación del Distrito 17D06 en el territorio nacional



Fuente: MSP 2018
Elaboración propia

Tabla 1

Circuitos y parroquias del Distrito 17D06

Distrito	Parroquia*
17D06C01	Chilibulo
17D06C02	San Bartolo
17D06C03	San Bartolo
17D06C04	Chimbacalle
17D06C05	La Argelia
17D06C06	Solanda

17D06C07	Solanda
17D06C08	La Mena
17D06C09	Lloa
17D06C10	La Magdalena
17D06C011	La Ferroviaria

Fuente: Senplades 2012

Elaboración propia

*Una parroquia puede contener a más de un circuito

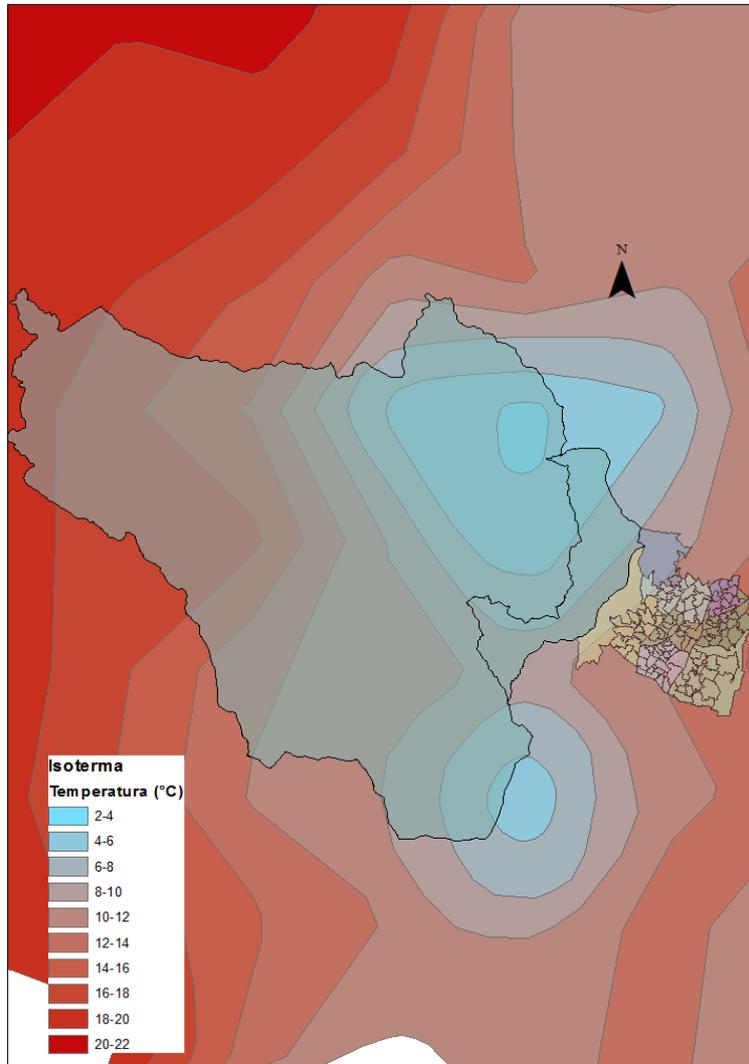
Limita al norte con las parroquias urbanas: Centro Histórico, La Libertad y con las parroquias rurales de Nono y Mindo. Al sur con las parroquias urbanas: Chillogallo, Quitumbe, La Ecuatoriana, Cutuglahua y con la Parroquia Tambillo, perteneciente al Cantón Mejía. Al este con las parroquias urbanas: Conocoto y Puengasí y al oeste con: el Cantón San Miguel de los Bancos, la parroquia Alluriquín, perteneciente a la provincia Santo Domingo de los Tsáchilas, la parroquia Manuel Cornejo Astorga (Tandapi) que pertenece al Cantón Mejía.

Las temperaturas promedio de la ciudad de Quito oscilan entre los 10°C-16°C. La temperatura de la ciudad puede sufrir grandes variaciones debido a la altitud en la que se encuentra y al desplazamiento de masas de aire caliente y húmedo alpino provenientes del cañón de Guayllabamba (Municipio del Distrito Metropolitano de Quito 2015; Murray 1998).

La parroquia rural Lloa tiene una temperatura anual que oscila entre los 2 °C y 22 °C mientras que las parroquias ubicadas en la zona urbana poseen temperaturas promedio que van desde los 6°C hasta los 16 °C. Las parroquias de Chilibulo, parte de la parroquia de La Mena y La Magdalena poseen temperaturas entre 6 °C y 8 °C. Chimbacalle, La Ferroviaria y La Argelia mantienen temperaturas más elevadas con respecto a las otras parroquias urbanas de Quito, alrededor de 10°C y 12 °C (gráfico 3) (INHAMI 2008a).

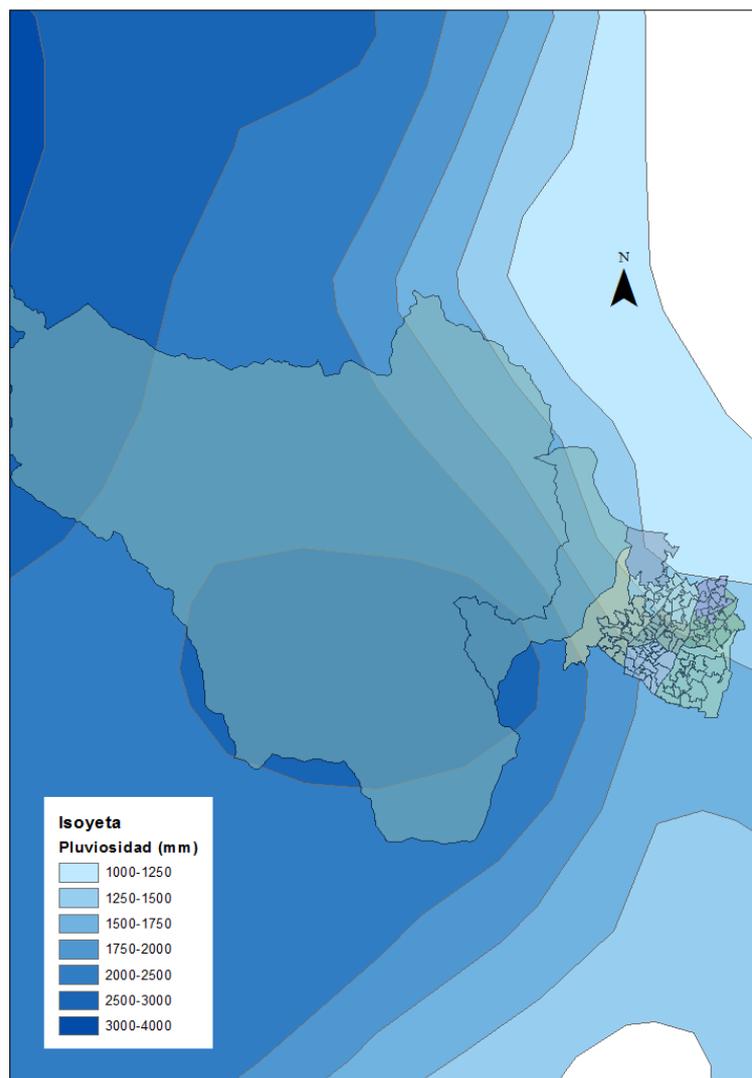
Se estima que el promedio anual de precipitaciones en el DMQ alcanzan los 960 mm (Murray 1998). La parroquia rural de Lloa presenta –en promedio- la mayor cantidad de precipitaciones (1250 - 3000 mm aproximadamente). En la localidad de Chiriboga se reportan entre 2500 y 3000 mm de lluvias al año (gráfico 4). La humedad relativa es de alrededor del 76% (Municipio del Distrito Metropolitano de Quito 2008; INHAMI 2008b).

Gráfico 3
Isoterma del Distrito 17D06



Fuente: INHAMI 2008
Elaboración propia

Gráfico 4

Isoyeta del Distrito 17D06

Fuente: INHAMI 2008

Elaboración propia

2.2.1 El suelo

Según el sistema de clasificación americano desarrollado por Klingebiel y Montgomery en 1961, las clases de suelo están definidas por: “el grado de limitación de los criterios diagnósticos, en donde conforme aumentan las limitaciones disminuyen las opciones de uso, quedando las cuatro primeras clases (I a IV) reservadas para los usos agrícolas y las cuatro restantes (V a VIII) para las no-agrícolas tales como bosques, pastos, espacios protegidos, etc.” (tabla 2) (CLIRSEN, SENPLADES, y SISAGRO

2011). Este método de clasificación ha sido utilizado por el Ministerio de Agricultura, Ganadería, Acuacultura y Pesca (MAGAP) sin embargo, es necesario precisar que no es el único y, su aplicación depende del contexto social, económico político, físico entre otros.

El DMQ (zona urbana y rural), cuenta con apenas el 7% de suelos que pueden ser usados para actividades agrícolas, mientras que el 93% del suelo no puede ser utilizado para este fin (gráfico 5). En la zona urbana, los suelos cultivables cubren una superficie muy pequeña de las parroquias La Argelia y la Mena donde existen cultivos de maíz, cereales, generalmente de ciclo corto (ciclo vegetativo entre 60 y 180 días) y en ocasiones se recurre al uso de invernaderos (gráfico 6) (Basantes 2015; CLIRSEN, SENPLADES, y SISAGRO 2011; Municipio del Distrito Metropolitano de Quito 2017).

Tabla 2

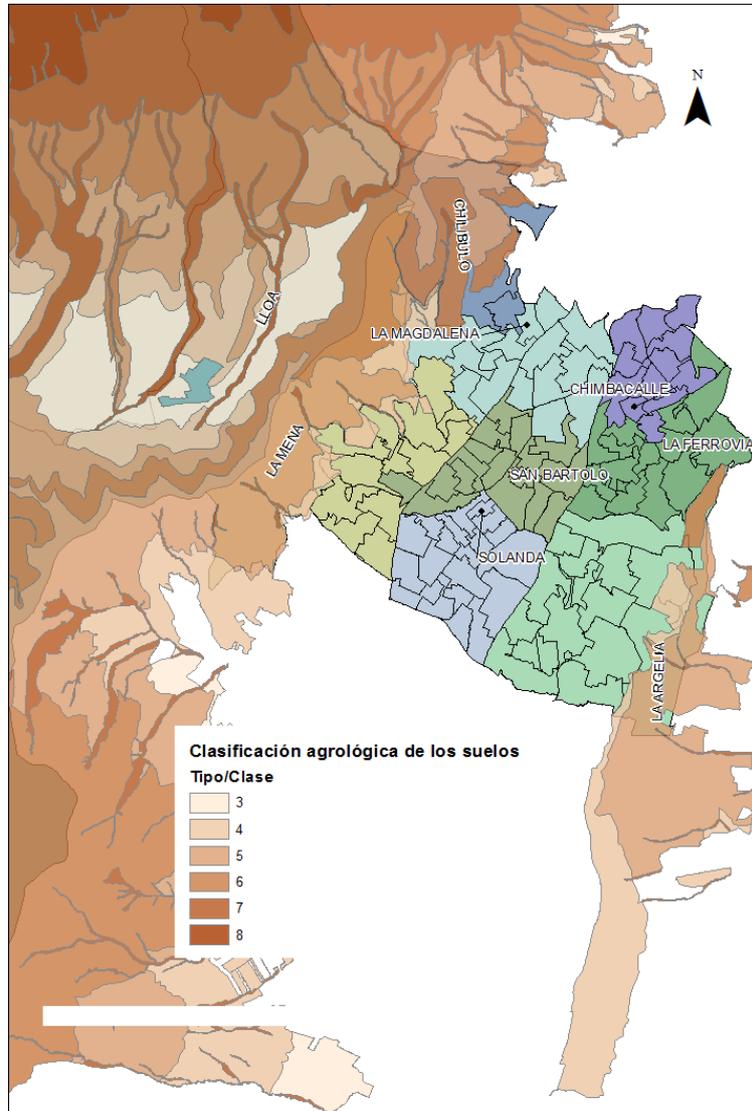
Clasificación agrológica del suelo

Clase	Descripción	Km2	Porcentaje
I	Tierras con muy ligeras limitaciones	-	-
II	Tierras con algunas limitaciones	-	-
III	Tierras con severas limitaciones	32,80	2%
IV	Tierras con muy severas limitaciones	111,30	5%
V	Tierras para pastos o bosques	396,01	19%
VI	Tierras con limitaciones ligeras para pastos y bosques	917,97	45%
VII	Tierras con severas limitaciones para pastos y bosques	503,27	25%
VIII	Tierras con muy severas limitaciones para cualquier uso.	80,57	4%

Fuente: SENPLADES, SISAGRO, CLIRSEN 2011

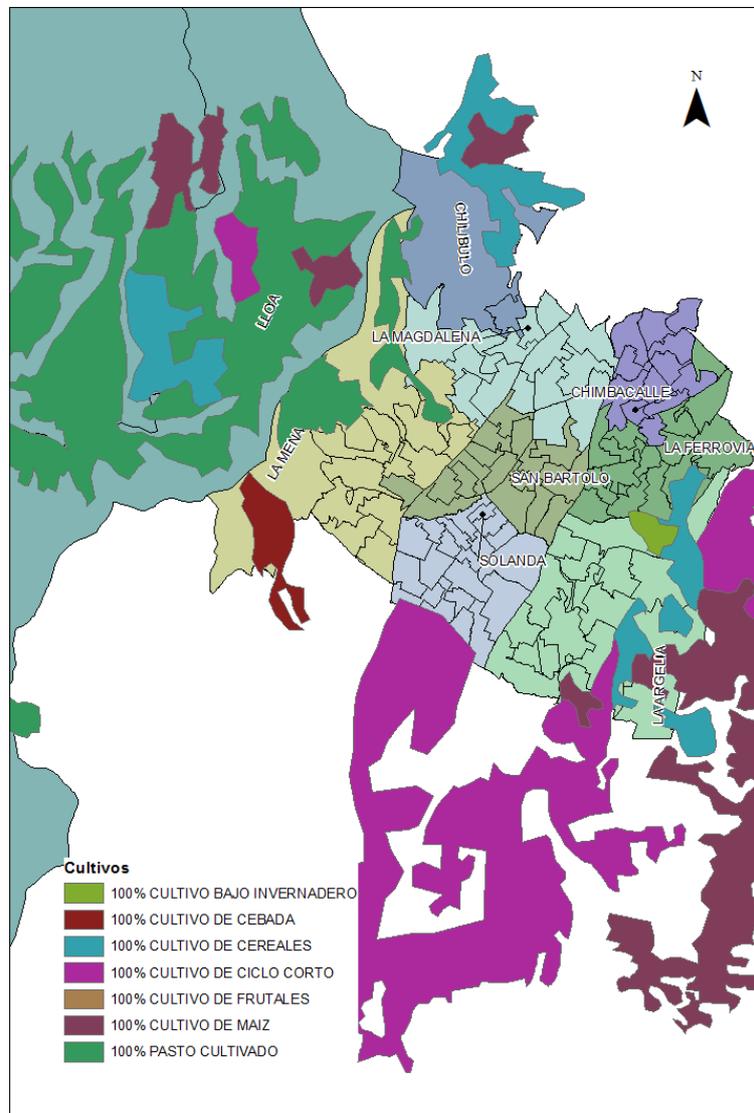
Elaboración propia

Gráfico 5
Clasificación agrológica del suelo



Fuente: MDMQ 2017
Elaboración propia

Gráfico 6

Cultivos en Distrito 17 D06

Fuente: SIAGRO 2003

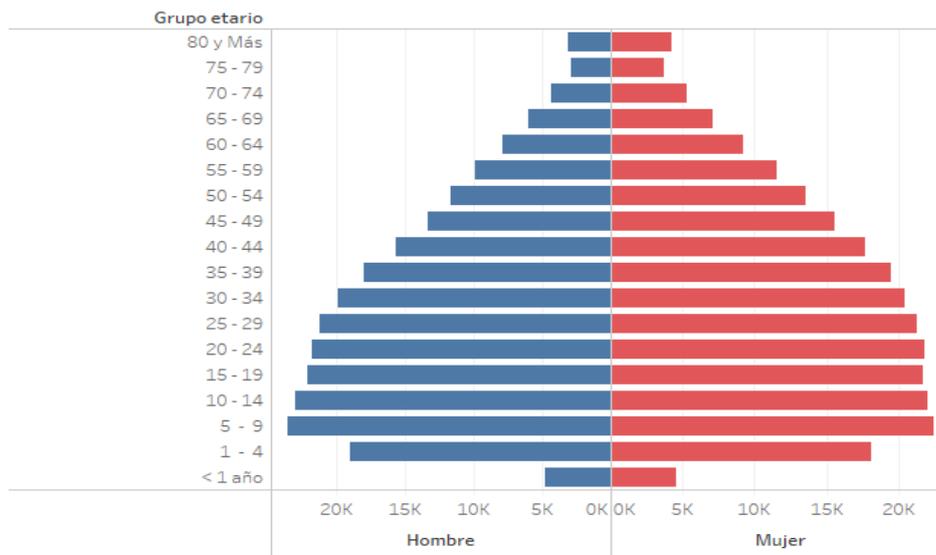
Elaborado por: Distrito 17D06

2.3 La población del Distrito 17D06

Según los datos proporcionados por MSP, el Distrito 17D06 cuenta con una población de 507 721 habitantes; existen 9 268 niñas y niños menores de 1 año y 11 863 mujeres embarazadas (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2017). En el gráfico 7 se muestra la pirámide poblacional del distrito por rangos de edad El 91.9 % de habitantes

del distrito se autoidentifica como mestizo/a; el 5,81% como blanco/ y 1.52%, 0.33 %, 0.23%, 0.17%, 0.04% para montubio/a, otro/a, indígena, mulato/a y negro/a respectivamente ((INEC 2010).

Gráfico 7

Pirámide poblacional del Distrito 17D06

Fuente: MSP 2017
Elaboración propia

Para el 2010, año en el que se realizó el último censo, la población económicamente activa fue de 206 268 personas (tabla 3).

Tabla 3

Frecuencia de población económicamente activa, inactiva y en edad de trabajar en el Distrito 17D06.

Parroquia	Población económicamente activa	Población económicamente inactiva	Población en edad de trabajar
Chilibulo	23.399	16.371	39.770
Chimbacalle	20.040	13.726	33.766
La Argelia	26.876	18.633	45.509
La Ferroviaria	30.346	21.298	51.644
La Magdalena	15.100	10.602	25.702
La Mena	20.660	14.915	35.575

Lloa	846	355	1.201
San Bartolo	30.780	22.450	53.230
Solanda	38.221	26.441	64.662
Total	206.268	144.791	351.059

Modificado de: MDMQ 2017

Para el año 2010, el 44,77% de la población del distrito se encontraba afiliada al seguro general del IESS. La población que reside en las parroquias de Chimbacalle (53,49%), La Magdalena (51,22%) y San Bartolo (52,72%) labora mayoritariamente como empleados o empleadas privadas (tabla 4). Lloa tiene la mayor proporción de personas cuyo trabajo no es remunerado (2,43%) y que trabaja por cuenta propia (30,83%) o como jornalero o peón (18,33%).

Tabla 4

Ocupación de la población del Distrito 17D06

Parroquia	Cuenta propia	Empleado/a doméstico/a	Empleado/a u obrero/a del Estado *	Empleado/a u obrero/a privado	Jornalero/a o peón	NA	Patrón/a	Socio/a	Trabajador/a no remunerado
Chilibulo	21,16	4,25	15,58	46,27	2,79	2,68	4,52	1,29	1,46
Chimbacalle	17,06	3,04	16,93	53,49	0,86	2,66	3,81	1,06	1,09
La Argelia	21,18	6,53	12,15	47,61	4,46	2,74	2,69	1,13	1,51
La Ferroviaria	21,56	5,79	13,52	45,82	3,44	3,59	3,37	1,32	1,6
La Magdalena	17,62	2,26	17,3	51,22	0,71	1,89	6,09	1,85	1,06
La Mena	22,11	3,9	14,22	47,52	2,49	2,67	4,15	1,58	1,36
Lloa	30,83	4,98	5,34	31,31	18,33	5,34	0,97	0,49	2,43
San Bartolo	16,97	2,91	17,01	52,72	1,15	2,8	4,28	1,19	0,96
Solanda	19,53	2,98	16,16	49,83	1,44	3,36	4,04	1,47	1,18
Total	19,77	4,04	15,23	49,13	2,3	2,91	3,98	1,34	1,29

Tomado de: MDMQ 2017

2.3.1 Migración

Según los datos provistos por el INEC en 2010, los habitantes del Distrito 17D06 han migrado por trabajo (tabla 5). Los pobladores de la parroquia rural Lloa y La Argelia han migrado con mayor frecuencia por esta causa. La segunda causa más frecuente de

migración es la unión familiar y, es predominante en la parroquia de Chimbacalle. La migración a causa de estudios fue más frecuente en la parroquia de la Magdalena (18.26%).

Tabla 5

Motivo del viaje de los migrantes del Distrito 17D06.

Parroquia	Estudios	Otro	Trabajo	Unión Familiar
Chilibulo	11,83	4,64	61,41	22,12
Chimbacalle	14,87	6,78	44,84	33,51
La Argelia	11,61	4,05	67,02	17,32
La Ferroviaria	10,95	5,42	56,38	27,26
La Magdalena	18,26	4,34	53,26	24,14
La Mena	12,47	5,85	61,65	20,03
Lloa	5,66	0	81,13	13,21
San Bartolo	11,33	4,33	56,49	27,85
Solanda	11,91	4,06	63,66	20,38

Modificado de: MDMQ 2017; INEC 2010

La parroquia de la Magdalena tiene una tasa de inmigrantes extranjeros presentes en el censo de 2010 de 2.15 por 1 000 habs.; la mayor del Distrito 17D06 (tabla 6).

Tabla 6

Tasa de inmigrantes extranjeros presentes en el censo (x 1000 habitantes) en el Distrito 17D06

Parroquia	Tasa (x 1000 habitantes)
Chilibulo	1,12
Chimbacalle	1,54
La Argelia	0,83
La Ferroviaria	0,89
La Magdalena	2,15
La Mena	1,51
Lloa	1,94
San Bartolo	1,41
Solanda	1,53

Modificado de: MDMQ 2017; INEC 2010

2.3.2 Adscripción religiosa

En el 2012, la encuesta realizada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en Quito, Guayaquil, Cuenca, Machala y Ambato con una muestra de 13211 personas. Dicha encuesta pudo establecer que en la ciudad de Quito, el 78.9% de los encuestados se consideran cristianos católicos y, el 7% cristianos evangélicos un tercio de las personas acuden al menos una vez por semana a los servicios religiosos (INEC 2012).

2.3.3 Fiestas

Las fiestas son eventos de fundamental importancia en todas las culturas, rememoran hitos del pasado colectivo y en ellas fluye una importante carga simbólica que permite “instaurar un espíritu especial de emotividad compartida, exaltan la imagen de un “nosotros” y reafirman los lazos de integración social”(Pereira 2009). Algunas tienen un carácter lúdico por lo cual rompen con los esquemas construidos –de forma temporal- para mantener un modelo productivo; otras giran en torno a ideas creencias y valores y son capaces de generar una mística colectiva a partir de ideas religiosas o profanas (fiesta como culto); además, pueden tener como objeto mostrar “lo social”, a través de la representación y el rito que puede involucrar mayor o menor grado de improvisación en el performance. “Toda fiesta se constituye a partir de un paquete de acciones y actuaciones realizadas por una colectividad en forma extraordinaria (no cotidiana), aunque generalmente periódica y más o menos codificada” (Pereira 2009). En Quito las fiestas más relevantes son (tabla 7):

Tabla 7

Fiestas celebradas en el Distrito 17D06

Día(s)	Fiesta	Localización
1 de enero	Fiesta de Año Nuevo	A nivel nacional
6 de enero	Fiesta de Reyes	La Magdalena, Quito
Móvil	Jesús del Gran Poder, Viernes Santo	Quito (país)
10 de agosto	Aniversario del Primer Grito de la Independencia	A nivel nacional
1 al 6 de diciembre	Fundación de la ciudad	Quito

24 de diciembre	Fiesta de Navidad; Pase del Niño	A nivel nacional
------------------------	----------------------------------	------------------

Modificado de: La Fiesta Popular Tradicional Del Ecuador. Pereira. 2009.

2.3.4 Medicina tradicional

La medicina es una construcción social por lo tanto responde al contexto sociohistórico en el cual de desarrolla y transforma. La medicina tradicional pretende explicar el proceso salud-enfermedad, su tratamiento, diagnóstico y prevención desde una condición de subalternidad, provista por el modelo biomédico hegemónico. Está estrechamente vinculada con la mitología, la magia, la religión y el uso de plantas medicinales; según Eduardo Estrella es “un conjunto de reglas, modelos, rituales, expresiones o acciones que emergen históricamente de la vida práctica y de la ideología (...)” (en Naranjo 2007).

Se la clasifica como tradicional, informal o no científica y ha sido sometida a un largo proceso de sincretismo que ha incorporado “una matriz cultural científica de occidente, (...) manifestaciones culturales españolas y (...) conceptos de la cultura indígena y mestiza” (Naranjo 2007, 1031). Su práctica no es igual en las zonas urbanas y rurales: en la primera se pone en manifiesto su carácter individual, la segunda se practica de forma intracomunitaria.

Su principal agente –a diferencia del médico en la medicina formal o científica- es el curandero además existen los sobadores y parteras o comadronas. En el contexto urbano existen agentes cuyo diagnóstico es formulado a través de la lectura de cartas y otros métodos, a ellos acuden un gran número de personas.

En la provincia de Pichincha existen enfermedades de campo las cuales tiene una etiología sobrenatural y son: el mal aire, mal de ojo, espanto, arco iris y brujería. El tratamiento de estas enfermedades está a cargo de la curandera o curandero. Las enfermedades de dios son producto de una noxa de origen natural –patógeno- y son tratadas por el médico. El embarazo, parto y posparto son supervisados y tratados por la partera o comadrona (Naranjo 2007).

En el Distrito 17D06 existe una partera reconocida, la Sra. Lourdes Rojano. Se auto identifica como indígena Kichwa. El 19 de julio de 2017 recibió la certificación por

parte del Ministerio de Salud Pública (MSP). En el distrito no existen curanderos o sobadores certificados por el MSP (Distrito 17D06 2017).

2.3.5 Tenencia de vivienda y acceso al agua

La mayoría de hogares arrienda la vivienda en la que habita (46,91%), sobre todo en la parroquia de Chimbacalle (54,27%). El 11,72% de los hogares de Lloa vive en una casa que ha sido ofertada como retribución a los servicios prestados, el 16,55% habita una casa prestada o cedida y, el 55,17% de hogares vive en una casa propia y totalmente pagada, este es el porcentaje más alto en las nueve parroquias del distrito. El 45,09% de los hogares del distrito habita en una casa o villa, el 41,22% en un departamento en una casa o edificio. Las parroquias de Lloa, La Argelia y La Ferroviaria presentan un mayor porcentaje de hogares que habitan en: choza, covacha y mediagua.

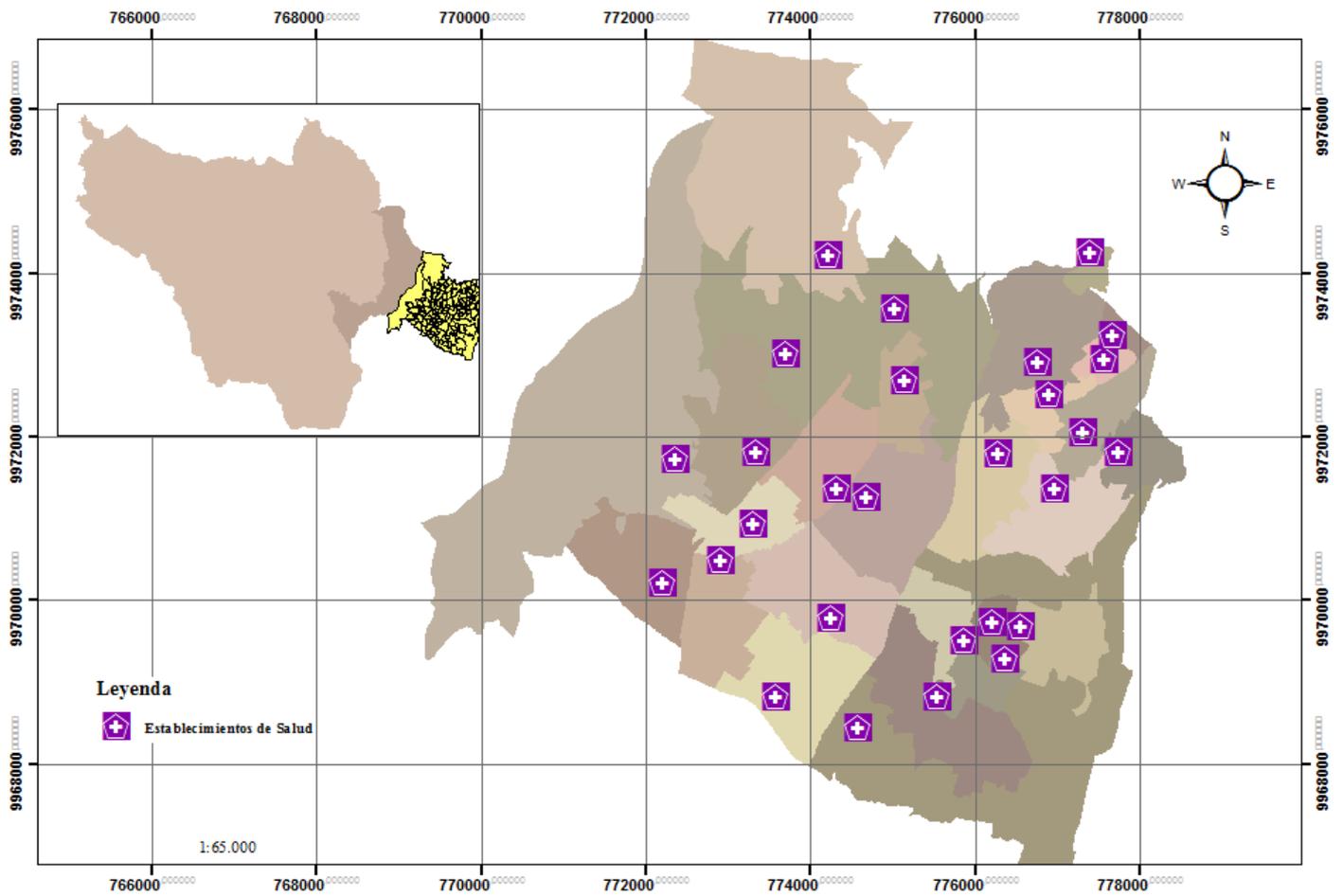
Según el último reporte de la Empresa Pública Metropolitana de Agua Potable y Saneamiento (EMAPS) publicado en el mes de agosto de 2017, el agua potable disponible para el abastecimiento de conexiones domiciliarias de Quito cumple con todos los criterios de calidad por lo cual, la EPMAPS afirma que el agua de Quito puede ser consumida “directamente de la llave” (Agencia Pública de Noticias de Quito 2017). El agua es captada desde los sistemas: Pita y Mica- Quito sur, que alimentan a las plantas de Puengasí y el Troje respectivamente (“Nuestra historia – Bienvenido a EPMAPS” s/f). La parroquia rural de Lloa, no cuenta con servicio de agua potable (Municipio del Distrito Metropolitano de Quito s/f).

2.4 Establecimientos y servicios de salud del Distrito 17D06

El distrito cuenta con 28 establecimientos de salud del primer nivel de atención (27 urbanos y uno rural) de los cuales: 24 son de tipo A, tres de tipo B y uno de tipo C (gráfico 8 y 9) (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2015; Servicios, s/f). La cartera de servicios del Distrito incluye: medicina familiar, medicina general, pediatría rehabilitación, ginecología y obstetricia, psicología, odontología, calificación de discapacidades, maternidad de corta estancia, emergencia, farmacia, laboratorio clínico, radiología e imagen, enfermería, atención prehospitalaria.

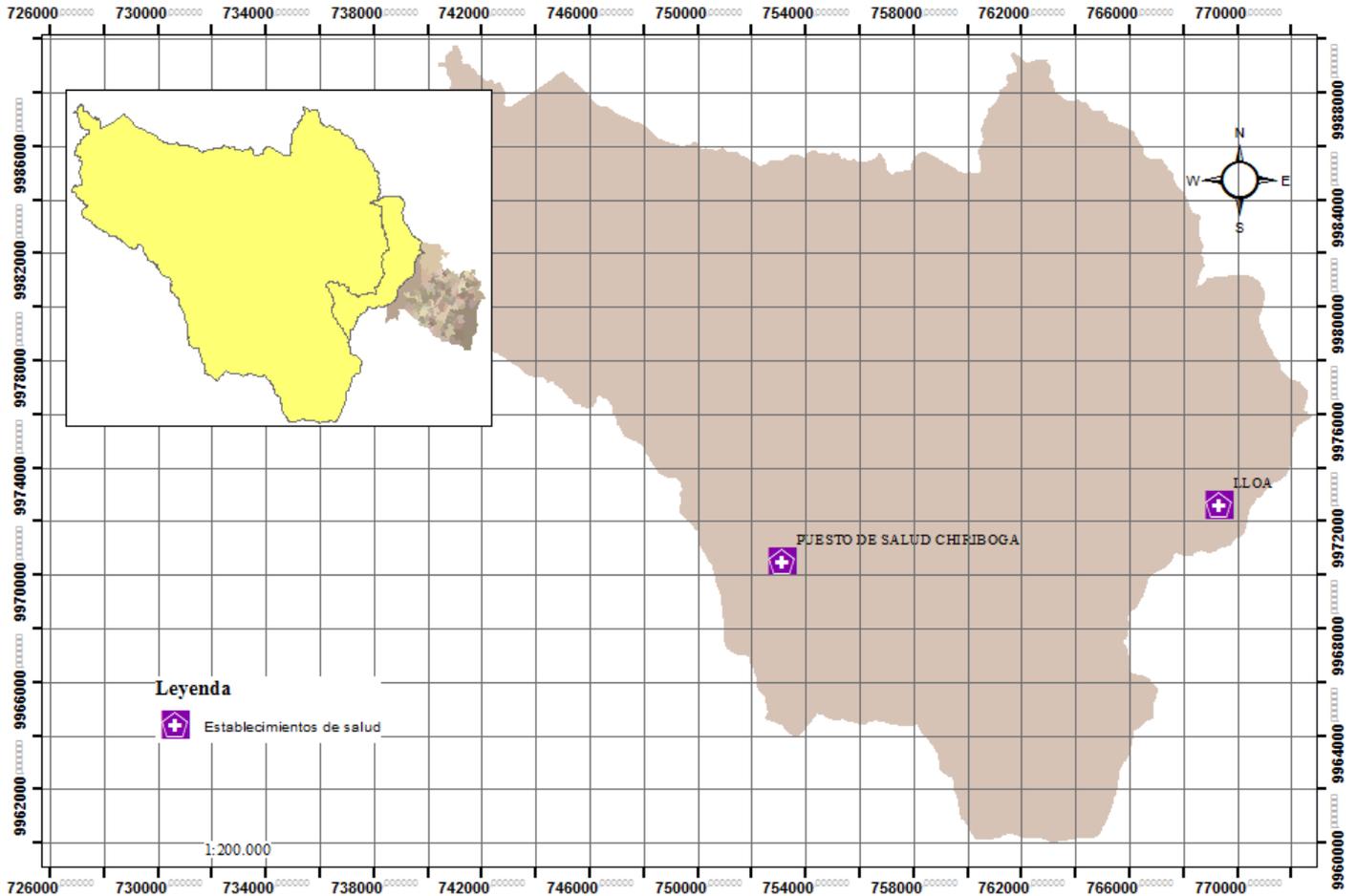
Gráfico 8

Establecimientos de salud del Distrito 17D06. Zona urbana.



Fuente: MSP 2018
Elaboración propia

Gráfico 9

Establecimientos de salud del Distrito 17D06. Zona rural

Fuente: MSP

Elaboración propia

2.5 La enfermedad en el territorio

Las diez primeras causas de morbilidad atendidas hasta agosto de 2017, ponen en manifiesto una problemática creciente. Las enfermedades crónicas en el Distrito ocupan el primer (Hipertensión esencial primaria) y cuarto lugar (Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación); no obstante, las enfermedades infecciosas representan el 62.16% de las diez primeras causas de morbilidad atendida (tabla 8).

Tabla 8

**Diez primeras causas de morbilidad atendida en el Distrito 17D06.
Enero - agosto 2017**

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión esencial (primaria)	10660	24,98
Rinofaringitis aguda [resfriado común]	6996	16,39
Faringitis aguda, no especificada	5505	12,9
Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación	3629	8,5
Amigdalitis aguda no especificada	3321	7,78
Infección de vías urinarias sitio no especificado	3189	7,47
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	2853	6,69
Vaginitis aguda	2570	6,02
Parasitosis intestinal sin otra especificación	2095	4,91
Anemia por deficiencia de hierro sin otra especificación	1858	4,35
Total	42676	100

Fuente: PRASS

Elaboración propia

El 99,4% de la morbilidad atendida por Hipertensión esencial (primaria) ocurrió en personas mayores de 20 años (20 – 64 años 49,1%; > 65 años: 50.3%). El 72,2% de las consultas por este motivo fue en mujeres; por lo cual, la razón mujeres/hombres con este diagnóstico es de 2,60:1. La Rinofaringitis aguda fue más frecuente en menores de 4 años (44.3%) y en personas de 20 - 64 años (21,4%). Las atenciones a mujeres por esta enfermedad fueron del 55,4% (n= 3875). La Faringitis aguda no especificada fue el diagnóstico en el 38,4% de las niñas y niños menores de 4 años y en el 26.3% de las personas de entre 20 y 64 años; en este grupo fue más frecuente en mujeres (56,8%).

El 99,5% de las atenciones cuyo diagnóstico fue Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación se suscitaron en personas mayores de 20 años (20 – 64 años: 62,3%; > de 65 años: 37,2%). El 74% de las atenciones fue en mujeres; esto supone una razón mujeres/hombres diagnosticados de esta patología de 2,87:1. La Amigdalitis aguda no especificada estuvo presente en: 29,9% de niños <4 años, 22.9% 5 – 9 años y en 28.4% de adultos entre 20–64 años. La diarrea y gastroenteritis de

presunto origen infecciosos tuvo una frecuencia de 40.4% en menores de 4 años y de 26,4% en personas de 20 a 64 años.

El 90,6% de las Infecciones de vías urinarias sucedieron en mujeres y se presentó en el 65,8% de las personas con edades comprendidas entre 20 y 64 años. La frecuencia de vaginitis aguda fue de 88,6% entre los 20 - 64 años y de 6.6% entre los 15 - 19 años, el resto de los grupos etarios contribuyen con el 4.8% de los casos. La Parasitosis intestinal sin otra especificación fue más frecuente en niñas y niños de entre 5 - 9 años (30.7%); el 29,3% de personas diagnosticadas con esta patología tiene una edad comprendida entre 20 a 64 años.

La anemia por deficiencia de hierro sin otra especificación –la décima causa de morbilidad atendida- fue diagnosticada en el 74% de atenciones en niñas y niños menores de 4 años (gráficos 10 y 11).

En el año 2017 fueron atendidas 289 390 personas *-cifra que corresponde al 56,99% de la población proyectada para el mismo año (n=507 721)-*. El 88% (n=255 253) de las personas atendidas no se encuentran afiliadas al: IESS, ISSPOL o ISSFA. Tampoco tienen seguro privado. De este grupo, el 67% son mujeres.

Hasta aquí, los datos y cifras expuestos han sido obtenidos a través de algún sistema de información -a excepción del componente cualitativo-: sea en salud o vinculado a otro sector (p. ej., económico, social)

Según los datos proporcionados por el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), en 2017 existieron 387 personas beneficiarias del bono “Joaquín Gallegos Lara”; de este grupo 335 tiene algún tipo de discapacidad, 49 alguna enfermedad catastrófica y 3 personas viven con el virus de inmunodeficiencia humana. El 55,04% (213) de los beneficiarios del bono ha recibido seguimiento por parte de los establecimientos de salud del Distrito 17D06 y el 44,94% (174) no ha recibido. La media de la edad de las personas beneficiarias es de 27.04 años; la mediana de 20 años y la moda de 10 años. En relación con el tipo de discapacidad, la física está presente en el 47,29% y es seguida por la intelectual con 44,70% (tabla 9). En este grupo de personas se reportaron 88 diagnósticos, los primeros diez diagnósticos fueron: Parálisis cerebral infantil (28,9%), Insuficiencia renal crónica (7%), Retraso mental grave (6,5%), Parálisis cerebral espástica (4,4%), Epilepsia (2,3%), Autismo en la niñez (1,8%), Retardo en desarrollo (1,8%), Síndrome

de Down (1,8%), Insuficiencia renal terminal (1,3%) y Retraso mental moderado (1,3%). No existe diagnóstico en el 14% de los casos.

Tabla 9

Porcentaje de “discapacidad por tipo” en el Distrito 17D06. 2017

Tipo de Discapacidad	Porcentaje
Física	47,29%
Intelectual	44,70%
N/D	3,36%
Psicosocial	3,10%
Visual	1,29%
Psicológica	0,26%
Total general	100,00%

Fuente: MIESS 2017

Elaboración propia

2.6 Sistemas de información en salud

En Ecuador, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) -creado en 1976 y adscrito a Senplades en 2007- ejerce la rectoría sobre las estadísticas en el país. Este instituto tiene como principales fuentes al MSP y a la Dirección General de Registro Civil, Identificación y Cedulación. Del primero se obtiene información relacionada al sector salud mientras que del segundo se obtienen estadísticas vitales, es decir, datos sobre nacidos vivos y defunciones.

En 2010, la OPS realizó una evaluación del Sistema Nacional de Información en Salud para lo cual recurrió al análisis de 8 procesos; cada proceso contó con uno o más indicadores. El promedio de los indicadores de cada proceso se muestra en la tabla 10

Tabla 10

**Resultado de la evaluación del SIS del Ecuador
efectuado por la OPS. Año 2010.**

Proceso	Porcentaje	Descripción
Recursos	53,0	Presente pero no adecuado
Indicadores	77,0	Adecuado
Fuentes de datos	60,0	Presente pero no adecuado
Administración de datos	49,0	Presente pero no adecuado
Productos de la información	65,0	Adecuado
Definición y uso	65,0	Adecuado
Estadísticas vitales	65,0	Adecuado

*Altamente adecuado: 100%-81%; adecuado: 80%-61%; presente pero no adecuado: 60%-41% ; inadecuado: 40%-21%; no funciona: < 20%.

Modificado de: OPS 2010.

Los *recursos* con los que cuenta el SIS del Ecuador son insuficientes en talento humano y financiamiento. Además, no existe un software estandarizado que permita el acopio de datos. Las *fuentes de datos* son perjudicadas por el uso de registros administrativos. Estos registros acopian información para uso de la entidad que los crea y, no necesariamente, aportan con información estadística. No existe una base de datos unificada que garantice una adecuada *administración de los datos*.

En el distrito 17D06, la solicitud de ingreso o modificaciones de los datos o información se realiza a través de sistemas de gestión documental (Quipux), correo electrónico (Zimbra), aplicaciones móviles de mensajería (WhatsApp) o llamadas telefónicas.

Los datos solicitados son recogidos en los establecimientos de salud del Distrito a través de: a) Sistemas de información en Salud y de b) hojas de cálculo. El primero cuenta con una estructura coherente y los datos son ingresados en una base de forma sistemática y ordenada; entre estos sistemas podemos mencionar:

1. Sistema “Viepi”. Es un aplicativo informático en el cual se ingresan datos concernientes a las enfermedades de notificación obligatoria establecidas en el Subsistema de Vigilancia Epidemiológica Alerta Acción (SIVE-ALERTA).

2. Plataforma de registro de atención en salud (PRAS). Es una herramienta informática que permite recoger datos de las atenciones médicas de forma ordenada. Los datos obtenidos sirven para realizar análisis estadístico e investigación.
3. Sistema de Agendamiento de Turnos para Referencias y Contrarreferencias (Sat-Rec). Coordina el agendamiento de turnos para pacientes -que han sido atendidos en un establecimiento de salud- en un establecimiento de igual o mayor complejidad.
4. Agendamientos de citas médicas. Permite agendar citas para el primer nivel de atención en: medicina general, odontología, obstetricia, psicología o para calificación de discapacidades a través de una llamada telefónica al 171.

El segundo, recurre al uso de matrices, donde los datos solicitados son ingresados de forma manual y, por lo general, utilizan como fuente a los SIS antes mencionados. Estas responden a una necesidad particular de información de: la Dirección Distrital, la Coordinación Zonal 9 , MSP -planta central- y otras carteras y funciones del Estado.

2.7 Modos de gestionar la información

Las hojas de cálculo utilizadas para el ingreso de datos en matrices sufren modificaciones que pueden o no depender del operador. En el primer caso, estas hojas cuentan con un sinnúmero de restricciones, bloqueos y fórmulas, impuestos por los creadores de la matriz que, a medida que son usadas, sufren modificaciones por parte de sus operadores por lo que usualmente pierden su funcionalidad al poco tiempo de haber sido implementadas. En el segundo caso, el uso de hojas de cálculo en sistemas operativos diferentes (Windows y Linux) hace que las matrices queden inutilizables de forma inmediata.

Los datos o información son solicitados de forma reiterada y cada instancia del Estado lo hace por su cuenta. Por lo tanto, las variables que solicita cada instancia del MSP o el Estado están presentes en varias matrices. Se ingresa tantas veces el mismo dato en las matrices, que los profesionales terminan confundiendo los datos ingresados y muchas veces la información obtenida no es igual en todas las matrices. (p.ej., la matriz del Tamizaje Metabólico Neonatal (TAMEN), uno de los varios programas con los que cuenta el MSP, recoge nombres, apellidos y sexo en 11 matrices distintas y no siempre

los datos coinciden en todas ellas. “(...) *yo tengo que estar toda la mañana evaluando si este dato coincidía con el de acá (...)*” (Entrevistado 2).

Los datos solicitados no responden a una operacionalización de variables que permita identificar y definir lo que se quiere medir; por lo tanto, como no existe operacionalización que pueda ser socializada, no se conocen las dimensiones, escalas ni los indicadores usados. Los profesionales de salud llenan los datos como consideran que es más adecuado. Ellos manifiestan que no existe uniformidad en la forma de ingresar los datos. No importa el contenido ni la validez de los datos o información ingresada en las matrices, solamente importa que la información solicitada sea entregada a tiempo para que no exista sanción. Lo que importa es enviar la información solicitada, no su calidad.

En el caso de los datos requeridos para las inmunizaciones, las enfermeras deben registrar la información en: el tarjetero de vacunas, al registro nominal⁶, formulario de esquemas atrasados, la matriz de influenza y es necesario registrar el saldo de vacuna -en otra matriz-. Los pacientes son registrados de manera reiterativa en cada uno de estos formularios. Por cada vacuna administrada se deben disponer de 10 minutos para el llenado de los formularios que son requeridos. “*Entonces, el tiempo que te demoras en registrar todo eso es de aproximadamente 10 minutos por niño y el tiempo de espera de la madre que está esperando para entrar al vacunatorio se aumenta. La señora está esperando y me saca así lo ojos y yo no sé en qué momento me olvide de registrarle en una aparte o en otra*” (Entrevistado 3).

Puede ocurrir también que una matriz cambie sus atributos varias veces en el mes, como sucedió con las matrices utilizadas para registrar a las personas vacunadas cuando sucedió el brote de sarampión en marzo de 2018. La Coordinación Zonal 9 y el MSP -planta central- cambiaron esta matriz por 4 ocasiones; con lo cual, las personas encargadas de consolidar esta información tuvieron que pasar largas horas adecuando los datos a los nuevos formatos.

Las matrices son también utilizadas para evidenciar el trabajo realizado. En este caso, las matrices pueden ser creadas por las instancias antes mencionadas, pero también por los profesionales de salud “*todo lo que no está escrito no se va a ver reflejado y no se van a ver evidencias y siempre va a ser importante el hecho de poder documentar todo*

⁶ Que se ingresa en un papel y no costa en un registro nacional único.

lo que nosotros realizamos” (Entrevistado 6). Para este propósito se pueden requerir: registros fotográficos, actas de asistencia, informe y listados.

Capítulo tres.

El tiempo perdido: llenado de formularios/matrices.

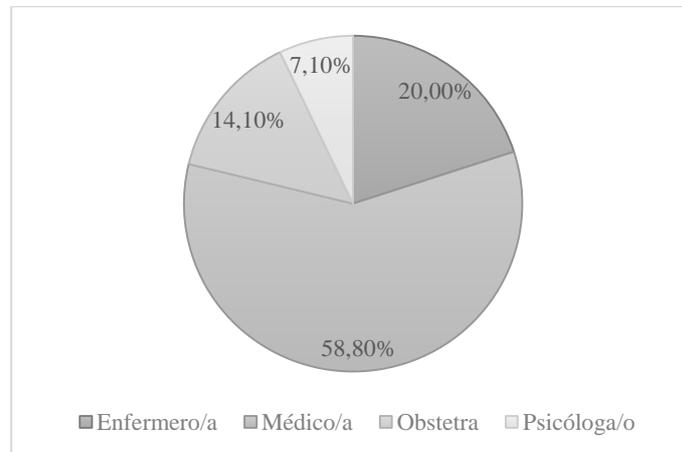
El componente cuantitativo del trabajo de investigación estuvo orientado a cuantificar el tiempo destinado al llenado de formularios y su número. Implicó la formulación de preguntas destinadas a conocer: edad, sexo, tiempo de trabajo en el Distrito 17D06, tiempo mínimo destinado al llenado de formularios/matrices, tiempo máximo destinado, al llenado de formularios/matrices, número de formularios/matrices que deben ser llenados de manera diaria y mensual; estas preguntas podían ser contestadas únicamente con números. La última pregunta se formuló para conocer la percepción de los profesionales de la salud sobre el tiempo que dedicado al cuidado de sus pacientes.

Estas preguntas fueron planteadas a 85 sujetos que laboran en los establecimientos de salud (tres por cada establecimiento de salud) como administradoras/es técnicos, líderes de enfermería y profesionales de salud que cumplen funciones asistenciales, designados por el administrador técnico de cada establecimiento de salud (médico, obstetra, psicóloga/a o enfermero/a). Las preguntas fueron contestadas en un formulario electrónico distribuido por el correo institucional. Todas las encuestas fueron llenadas de forma anónima. El análisis se realizó con el programa para análisis estadístico JASP versión 0.9.0.1, desarrollado por la Universidad de Ámsterdam.

Se recibieron 85 respuestas de 58 mujeres (68.2%) y 27 hombres (31.8%). El 58.8% se identificó médicos/as, el 20% como enfermeras/os, 14.1 % como obstetras y 7.1 % como psicólogas/os (gráfico 10).

Gráfico 10

Porcentaje de encuestados con acuerdo a la profesión. Julio 2018



De las 58 mujeres encuestadas, el 27.6% fueron enfermeras, 50% médicas, 19% obstetras y 3.4% psicólogas. En hombres, la distribución de estas profesiones fue: 3.7%, 77.8 %, 3.7% y 14.8 % (gráfico 11 y 12).

Gráfico 11

Porcentaje de mujeres de acuerdo con la profesión (n=85). Julio 2018

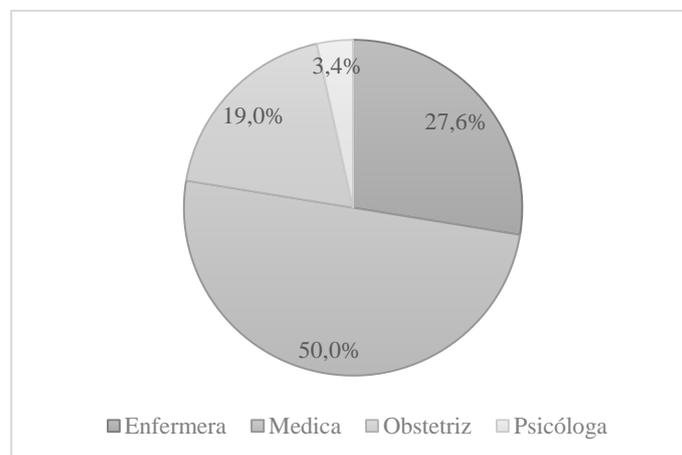
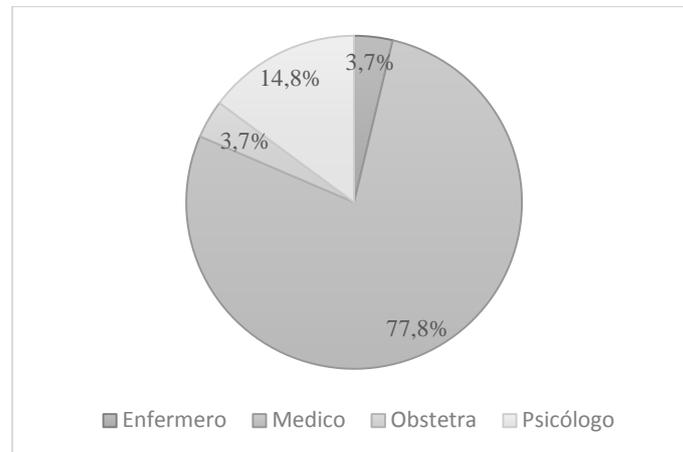


Gráfico 128

Porcentaje de hombres de acuerdo con la profesión (n=85). Julio 2018



El promedio de edad de las y los encuestados fue de 42,13 años (mediana: 40; moda: 3; min.: 25; máx.: 66). En promedio, llevan trabajando en la institución 10,14 años (mediana: 5; moda: 1; min.: 1; máx.: 35). Gráficos 13 y 14

Gráfico 93

Distribución de la edad de los encuestados (n=85). Julio 2018.

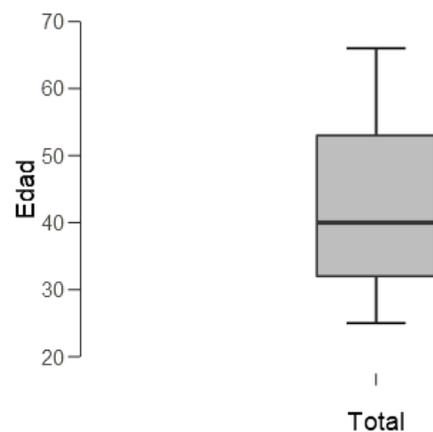
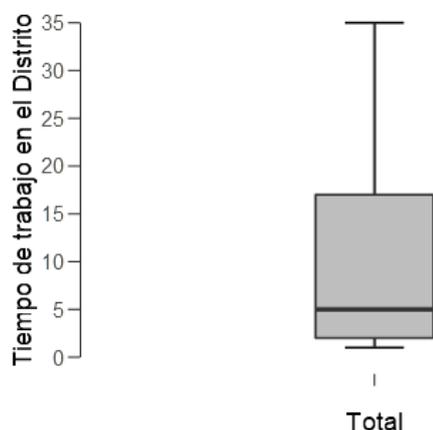


Gráfico 10

Distribución del tiempo (años) de trabajo en el Distrito 17D06 (n=85). Julio 2018.



El promedio de tiempo *mínimo* destinado al llenado de una matrices o formulario fue de 17,91 minutos (mediana: 15; moda: 10; min.: 2; máx.: 120) mientras que el promedio de tiempo *máximo* destinado al mismo propósito fue de 39,16 minutos (mediana: 30 minutos; moda: 30 minutos min.: 2; máx.: 180).

Al desagregar los resultados por profesión se encontró que las enfermeras/os tardan en promedio 17.76 minutos en llenar un formulario o matriz; los médicos/as 17.16, las y los obstas 22.08 y los psicólogos 16.17 min (gráficos 15 y 16). El tiempo máximo (promedio) para los grupos mencionados fue de 35.41 min; 40.54 min; 41 min y 34,67 min. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar estos grupos, el ANOVA para el tiempo mínimo entre estos grupos dio como resultado $p=0.842$; mientras que para el tiempo máximo la p fue de 0.952. Tampoco existieron diferencias al comparar por sexo (tiempo mínimo, $p=0.636$; tiempo máximo, $p=0.566$).

Gráfico 15

Distribución del tiempo mínimo dedicado al llenado de formularios/matrices (n=85). Julio 2018.

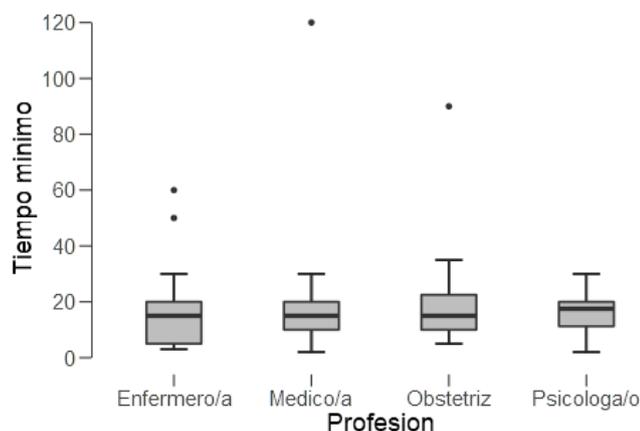
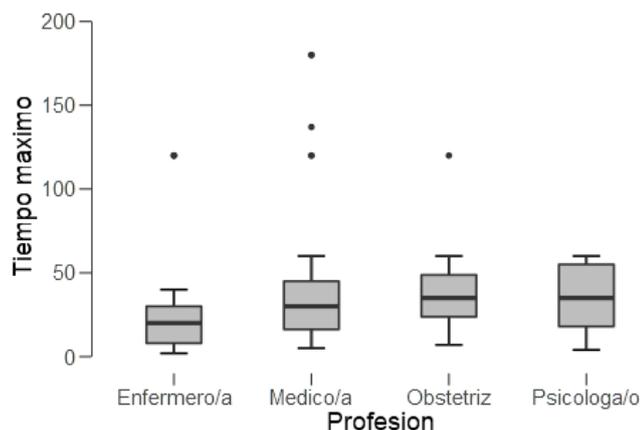


Gráfico 16

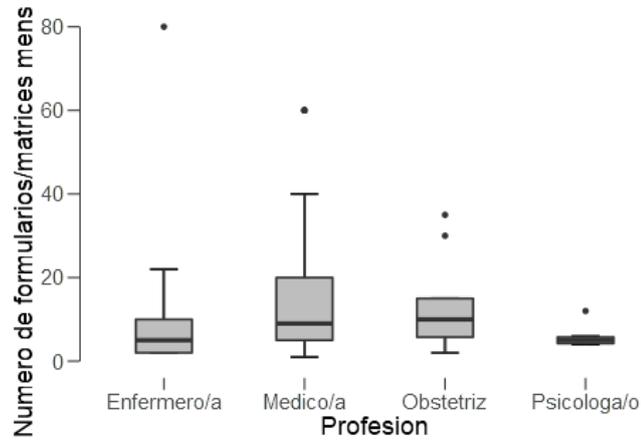
Distribución del tiempo máximo dedicado al llenado de formularios/matrices (n=85). Julio 2018.



Diariamente, el grupo encuestado llenó en promedio 6.4 formularios (mediana: 5 ; moda: 5; min.: 1; máx.: 30) y al mes, esta cifra ascendió a 13,60 formularios (mediana: 7; moda:5; min.: 1; máx.: 80). De acuerdo con la profesión, las enfermeras/os llenaron en promedio 7.9 formularios diarios, los médicos/as 6.4, los obstetras 6 y los psicólogos/as 2.83 (gráfico 17) . Al analizar la varianza (ANOVA), no existieron diferencias estadísticamente significativas en el grupo ($p=0.291$).

Gráfico 17

Distribución del número de formularios/ matrices de acuerdo con la profesión. Julio 2018



Considerando el tiempo promedio *mínimo* destinado al llenado de formularios/matrices, se perdieron 1 h 54 minutos al día en esta actividad, esto representa el 23,88% de la jornada laboral de 8 horas. Recurriendo al tiempo promedio *máximo* se destinaron 3 h 51 minutos; es decir, el 48,21% de la jornada laboral.

Capítulo cuatro.

El tiempo de cuidado.

El tiempo de cuidado, así como otras actividades relacionadas al sector salud, se encuentra determinado por el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS). La aplicación de este modelo supone la consideración de aspectos sociales, políticos, económicos y culturales que complejizan la concepción de salud y permiten la gestión y planificación de los servicios de salud con pertinencia territorial. Lo mencionado es reconocido como una cualidad por parte de los entrevistados, ellos reconocen la relevancia del documento que describe al modelo y la intención que este persigue. Saben también que lo contemplado en él, en muchos casos, no puede ser cumplido.

Llevar a la práctica todo lo estipulado en este documento puede ser extremadamente difícil ya que las múltiples actividades que deben cumplir los profesionales hacen que lo dispuesto en el modelo se cumpla parcialmente o que no se llegue a cumplir. Gestionar y planificar los servicios de salud es, en muchos casos, agobiante y los objetivos que estas acciones persiguen, se diluyen en los constantes requerimientos de datos o información de las distintas instancias y niveles del Ministerio de Salud Pública (distrito, coordinación zonal, planta central), pero también de otras entidades (p. ej. Presidencia de la república, Fiscalía General del Estado, Contraloría General del Estado entre otras). *“¿Pero qué administración? La administración tiene que llegar al punto en donde yo administro al grupo y digo: “este problema ha habido, vamos a reunirnos y vamos a trabajar bajo este parámetro esto...”. La administración es: consolide matrices”* (Entrevistado 2).

Para el grupo, la planificación no existe y, si se la logra realizar, es casi seguro que sea alterada por una actividad no contemplada (caminatas, marchas, ferias de la salud, cambio de guardia en la presidencia de la república, visitas de delegaciones extranjeras entre otros) impuesta por alguna entidad del Estado: *“Nosotros hacemos la planificación, pero viene la planificación de arriba”* (Entrevistado 4)

4.1 Planificación, ejecución de actividades y actos de cuidado

Muchas de las actividades desarrolladas, que alteran la planificación de los establecimientos de salud, responden a un interés político de las autoridades de turno y carecen de argumentos técnicos para su ejecución. Por ejemplo, las ferias de la salud, cuyo desarrollo se fundamenta en motivos que no quedan claros para los entrevistados, requieren la presencia de los profesionales de los establecimientos de salud y en muchas ocasiones, de sus familiares quienes -al finalizar la jornada no planificada- deben llenar listados y fotografiarse para que las autoridades puedan verificar su cumplimiento.

La ejecución de actividades no planificadas obliga a los administradores y administradoras de los establecimientos de salud que participan en ellas a modificar los horarios del personal a su cargo, para que cumpla con la demanda de las personas que requieren atención y que previamente han agendado cita. Esto sucede porque los profesionales de salud que acuden a este tipo de actividades deben recibir una compensación por las horas adicionales que han laborado.

Esta compensación implica la devolución de las horas trabajadas, fuera de la jornada laboral, el día que el/la profesional escoja. Este hecho reduce el número de profesionales que se encuentran disponibles para brindar atención en los establecimientos de salud y obliga a las y los compañeros del profesional a brindar atención a las personas que el profesional compensado no va a atender.

4.2 El Sistema de agendamiento

No solo las actividades no planificadas determinan la reducción del tiempo de cuidado, el *sistema de agendamiento* por llamadas telefónicas desempeña un papel fundamental. El sistema permite a los usuarios solicitar atención médica a un operador, a través de una llamada telefónica. Establece la secuencia de atención y el número de pacientes que atenderá cada médico, considerando un tiempo de consulta de veinte minutos por paciente.

Al momento de realizar el *agendamiento* de una cita en un establecimiento de salud, ni el sistema ni el operador consideran si las personas que realizan la solicitud pertenecen a un grupo prioritario. Pertenecer a un grupo prioritario (p. ej., adultos mayores, mujeres embarazadas, adolescente entre otros) implica que la atención médica

-sobre todo la primera- requiera más tiempo; al menos 30 o 45 minutos. No reconocer esta particularidad tiene una repercusión en el tiempo que dispone el médico para dar atención: se establece una agenda con un tiempo de atención de veinte minutos por paciente (cada médico y médica debe atender a 24 pacientes en el día). Este hecho puede condicionar a que el tiempo de atención para otra persona que está en la lista de pacientes que deben ser atendidos, según la agenda elaborada, sea disminuido.

Por otro lado, el sistema de agendamiento asigna los turnos para la atención médica sin considerar si el médico al cual el sistema ha designado para la atención de un paciente es su médico de cabecera. Esta situación puede conducir a que una persona que ha sido diagnosticada de una enfermedad, en una consulta subsiguiente, sea diagnosticada de otra enfermedad distinta. Asimismo, si una persona inició un tratamiento farmacológico con un médico podría recibir otro distinto en una consulta subsiguiente al ser atendido por un profesional diferente. Según los entrevistados, esto limita en gran medida el seguimiento del paciente y el establecimiento de una relación adecuada.

4.3 Registrar vs. Cuidar

Todas las acciones y sucesos que acontecen como producto del encuentro entre las personas con los profesionales de salud deben ser registrados. En este sentido, el tiempo de cuidado se ve reducido y es destinado, principalmente, al ingreso de datos o información a un sistema informático (p. ej., hojas de cálculo) y, en ocasiones, a Sistemas de Información en Salud (SIS) (p. ej.: PRAS y Viepi). Esto consume aproximadamente el 75% del tiempo destinado al proceso de atención (20 minutos).

Así, el proceso de atención, que no se encuentre mediado por un dispositivo tecnológico -usado para alimentar una base de datos- y permita el establecimiento del diálogo entre el profesional de salud y el paciente, puede durar entre 4 y 5 minutos. Esto incluye un saludo, una breve conversación y el desarrollo de una exploración física conducida por la información obtenida a través de la anamnesis en este lapso: *“De verle un ratito y hacerle la receta y decirle: esto tiene que tomar, nos vemos, hasta luego. Debe ser 5 minutos, exageradamente”* (Entrevistado 1). La anamnesis no puede ser realizada adecuadamente. Según los médicos entrevistados, esto repercute en el desarrollo del examen físico el cual, prácticamente no se realiza y, si se realiza, se ciñe estrictamente al motivo de consulta y la enfermedad actual; la información provista a través de la *revisión*

por aparatos y sistemas no es considerada. Los datos que recoge el sistema de información -en este caso el PRAS- indican que se realizó un examen físico detallado -ya que este sistema permite seleccionar una o varias opciones de las regiones anatómicas que han sido examinadas a través de una lista de verificación-, pero lo que en realidad sucede es que el médico, debido al tiempo reducido, marca la mayoría de opciones: “sin patología”, cuando en realidad no tiene la certeza si existe o no alguna alteración en la región o elemento anatómico señalado, porque no lo revisó.

4.4 Tiempo y espacio para cuidar

En la actualidad en el distrito 17D06, el tiempo destinado al cuidado transcurre casi exclusivamente en el consultorio médico. Sin embargo, esto no siempre fue así y, en otros espacios (coordinaciones zonales y distritos) se mantienen algunas prácticas destinadas a dividir al tiempo de atención dedicado al paciente de una forma distinta. De esta forma, si bien es cierto el tiempo de consulta no se prolongaba mucho más, las personas que acudían por atención médica permanecían en los establecimientos de salud en 3 momentos: la preconsulta, consulta y posconsulta. Pese a que cada uno de estos momentos, conlleva prácticas burocráticas específicas, son capaces de generar algo fundamental: un tiempo de cuidado valorado tanto por los pacientes como por los profesionales que brindan atención.

En los sitios que aún se practica la *preconsulta* (p. ej., Carchi (Coordinación zonal 1 Salud), las enfermeras y otros profesionales de salud promueven un primer acercamiento del paciente con el establecimiento de salud y, por consiguiente, con el sistema de atención sanitaria. Esto implica una primera entrevista a través de la cual, se prepara a las personas para ser atendidas, pero también se prepara a los médicos porque la o el profesional que desarrolla esta primera entrevista puede obtener información relevante la cual, será transmitida al profesional que va a atender a esa persona (p. ej. “al paciente se le murió el papa hace una semana” (Entrevistado 4). Esto favorece a que, durante la consulta, la o el médico adquieran una actitud distinta y puedan abordar al paciente con algo más de calidez. Esta información puede facilitar enormemente el proceso diagnóstico, a decir de las y los entrevistados.

Luego de haber recibido atención por la o el médico -en la consulta-, la *posconsulta* es el espacio donde otro profesional de salud (enfermera/o, obstetra, odontólogo/a, técnicos de atención primaria en salud y en raras ocasiones, médicos)

refuerzan las indicaciones brindadas en la consulta, se indica cómo preparar, medir y tomar/beber los medicamentos, se fomentan prácticas saludables (p. ej., lactancia materna) y educan a los pacientes. *“El objetivo de la posconsulta era reforzar las indicaciones médicas, promoción y prevención al paciente”* (Entrevistado 8).

Las personas entrevistadas mencionan que esta forma de dividir el tiempo de cuidado se perdió, al menos en el distrito. Cuando esta división del tiempo estaba vigente -pese a la ejecución de un sin número de actividades burocráticas concomitantes-, el reforzamiento de los vínculos con las personas que acudían por atención se reforzaba y eran capaces de brindar actos de cuidado de mejor calidad.

Los entrevistados se refieren constantemente a la deshumanización de los *actos de cuidado* que brindan a los pacientes. Esta deshumanización es entendida por las y los entrevistados -en el marco de la relación médico-paciente- como un distanciamiento entre ambos sujetos y la falta de compromiso por parte del profesional de salud producto del desarrollo de actividades ajenas al proceso de atención. La relación es tan mala que -según el grupo- no existe empatía. *“Hay pacientes que se quejan día a día de esto de, de, de la deshumanización repito porque ya muchos de los médicos no estamos viendo a los pacientes a la cara, siempre estamos pendientes de una matriz de neurodesarrollo, estamos pendiente de una matriz”* (Entrevistado 6).

En varias ocasiones, las y los pacientes no acuden a la consulta necesariamente por un trastorno físico. Con frecuencia no explicitan su necesidad específica de cuidado. Los profesionales de salud -debido a la constante interacción con la computadora- no son capaces de reconocer los gestos y expresiones de los pacientes. Se limitan a escuchar ya que su mirada está fija en la pantalla del computador. La comunicación no verbal de las y los pacientes no puede ser decodificada e interpretada debido a que simplemente no es posible prestarle atención, el computador capta toda la atención del profesional: *“¿ya salió de la consulta? -ya, es que el doctor solamente escribió en la computadora- y no hay un examen físico, o sea no le tocan a la paciente y, el paciente enfermo lo que necesita es que por lo menos le den una palmadita el médico ¿no?”* (Entrevistado 8).

En el primer nivel de atención, existen modalidades bajo las cuales los profesionales de salud brindan actos de cuidado. Estas modalidades, establecidas en el MAIS, confieren a la práctica profesional ciertas particularidades en cuanto a espacio en el cual se ejecutan los actos de cuidado; así, la atención puede ser brindada dentro del

establecimiento de salud (intramural) o en la comunidad (extramural). La consulta médica, habitualmente, se desarrolla en el primer espacio (intramural), con las dificultades e inconvenientes que se suscitan en el consultorio “(...) *dónde ya tenemos al paciente que viene detrás, ya está corriendo el reloj, el call center, el reemplazo, el paciente de último minuto, la emergencia que llegó*” (Entrevistado 6).

Por otro lado, el trabajo extramural es visto como un espacio distinto, más agradable. Puede incluso disipar al profesional de la lógica instaurada dentro del establecimiento de salud. En este espacio, como no existe un computador, los profesionales de salud pueden mirar a los ojos de las personas que requieren atención y entablar una conversación. Las preguntas que permiten conocer el problema de salud que aqueja al paciente pueden ser formuladas con calma y de forma adecuada. Se puede conocer mejor al paciente y las necesidades. El encuentro entre el profesional de salud y la persona que requiere atención que se produce en este espacio prescinde de imperiosa necesidad de recoger datos a través de un computador. Los actos de cuidado pueden ser brindados a las personas que requieren atención en su entorno. “*O sea, comienza a hacer otra clase de alianzas que no se ven dentro de la consulta interna*” (Entrevistado 2).

El tiempo utilizado en la consulta extramural les permite actuar con más libertad e innovar en los procesos de atención y en las formas de relacionamiento del paciente y su familia sin las limitaciones impuestas por el régimen laboral y el modelo de atención a los pacientes. No existe la premura del próximo paciente que está esperando detrás de la puerta y que muchas veces golpea incesantemente para ser atendido. El tiempo destinado a la atención puede ser medido particularmente para cada necesidad de cuidado (p. ej., personas con enfermedades crónicas, seguimiento de puerperio). El trabajo extramural permite ejecutar, casi a cabalidad, las actividades que han sido programadas y estas pueden ser complementadas dentro de los establecimientos de salud, sobre todo aquellas actividades de carácter burocrático (formularios, papeles, entre otros). El relacionamiento ya no está mediado por un computador. “*Yo prefiero irme afuera que estar adentro con la presión*” (Entrevistado 3).

Discusión

Las políticas del Estado de bienestar instauradas en América Latina, a diferencia del modelo europeo, tuvieron un tinte más asistencialista y favorecieron la segregación social al separar las prestaciones y los beneficios por: clase social, nivel económico y grupo étnico. Estos hechos fueron determinantes para la implementación de un Sistema de Salud fragmentado. “La fragmentación [de los sistemas de salud] se manifiesta como falta de coordinación entre los distintos niveles y sitios de atención, duplicación de los servicios y la infraestructura, capacidad instalada ociosa y servicios de salud prestados en el sitio menos apropiado, en especial, en los hospitales.” (OPS 2010b, 21).

La fragmentación conduce a: un bajo nivel de desempeño, tanto de servicios como sistemas de salud, al uso irracional de los recursos y a la oferta de servicios de salud de baja calidad técnica (OPS 2010b). La baja calidad técnica puede ser producida por una disminución en la asignación de los recursos. Sin embargo, la percepción de los profesionales entrevistados no parece establecer a la disponibilidad y asignación de los recursos como un elemento determinante en la baja calidad como afirma la OPS (OPS 2010b, 21). Ellos la establecen que la baja calidad está determinada, en gran medida, por el tiempo que disponen para brindar actos de cuidado en relación con el tiempo que disponen para llenar formularios. Reconocen que el tiempo disponible no les permite realizar una anamnesis que recopile la información necesaria para desarrollar un examen físico adecuado, tampoco son capaces de ingresar todos los datos que los SIS como el PRAS requieren.

Debido a la necesidad insaciable de información, los SIS y hojas de cálculo que maneja el MSP incorporan variables: no validadas, repetidas en muchos de los sistemas de información y en un sinnúmero de hojas de cálculo que, en la mayoría de los casos no han sido definidas ni operacionalizadas. No existe claridad en cuanto a lo que se quiere medir. “El punto crucial de todo sistema de información es convertirse en un instrumento para la Acción” (Bergonzoli 2004, 37), afirma Bergonzoli; para conseguirlo: “es necesario tener la información disponible a tiempo y en un formato amigable, pero también es indispensable contar, además, con gerentes que dispongan de las habilidades suficientes para entender y usar correctamente la información presentada. (Bergonzoli 2004, 37).

Según Bergonzoli, para un SIS es tan necesario contar con datos relevantes en salud, como prescindir de los menos importantes. Además, propone que los sistemas de información deben ser descentralizados flexibles y selectivos; orientados a mostrar los resultados de las acciones en salud destinadas a mejorar las condiciones de vida de las personas más que a la medición de los insumos de los procesos (Bergonzoli 2004, 37) La gran cantidad de datos requerida debería servir para satisfacer: la necesidad de información para construir políticas públicas en salud, la definición de prioridades y los compromisos que serán acordados.

El uso de sistemas de información como el de agendamiento -que no consideran las realidades del territorio y de los establecimientos de salud a la hora de agendar citas médicas- dificultan el seguimiento de los pacientes y podría conllevar a: un cambio en la terapéutica escogida para el paciente, la repetición innecesaria de exámenes y a que el paciente no sea visto por el mismo profesional de salud. La OPS pudo establecer que apenas el “45% de los entrevistados del primer nivel de atención señalaron que los pacientes son examinados por el mismo médico/equipo de salud, es decir, pocos cuentan con una fuente regular de atención” (OPS 2010b, 21). El agendamiento, tal como se efectúa, puede generar dificultades al acceso a los servicios de salud.

El llenado de formularios y matrices en el Distrito 17D06 representa un problema en cuanto al uso del tiempo debido a que este se prioriza para obtener información, en lugar de brindar atención centrada en la calidad y en el dialogo intersubjetivo. En esta investigación se pudo establecer que el 48.21% (3 h 51 minutos) de la jornada laboral de un profesional de la salud se destina al llenado de formularios o matrices. Sinsky y colaboradores establecieron que pueden llegar a emplearse hasta 2 horas en el llenado de matrices y formularios por cada hora de atención directa. (Sinsky, Li, et al. 2016) El tiempo excesivo que se dedica al uso de algún dispositivo para recolectar información, limita la relación médico paciente a un espacio donde lo más relevante es la obtención del dato que, además, es de mala calidad, de escasa utilidad y poco oportuno. El número de consultas permanece estable, no así el tiempo destinado a ella. Las particularidades de los usuarios/pacientes determina la ampliación o disminución del tiempo de consulta. De esta forma, es probable que un usuario/paciente reciba 30 minutos de atención y otro apenas 5. El modelo de atención establece como indicador de la gestión al número de consultas en un tiempo establecido, no la calidad de estas; esto supone un conflicto sobre todo para grupos culturales en los que el tiempo es interpretado de modo distinto.

Los entrevistados estiman que el tiempo adecuado para proporcionar cuidados es de 20 minutos, siempre y cuando no exista de por medio un computador que obligue el registro de información.

“Como se puede observar, la garantía de calidad es un eje estratégico en el desarrollo de la prestación de los servicios de salud y conviene destacar en este punto que, para el proceso estratégico de la gestión de calidad sea posible, un prerequisite indispensable es la existencia de un Sistema de Información Sanitaria (SIS), lo cual, a su vez, convierte al SIS en otro proceso estratégico para la gestión de los servicios” (Bergonzoli 2004, 38)

La planificación que, en principio, debería surgir desde el territorio, es impuesta con frecuencia desde el nivel central, sin considerar que su conocimiento de lo local es acotado (Spinelli 2017). La planificación impuesta conduce a que las y los administradores de salud se van obligados a modificar los horarios y formas de trabajo lo que se traduce en el descontento de los profesionales de salud, pero también en las personas que acuden a recibir atención. Si bien es cierto la atención intramural es el espacio en el que los actos de cuidado son brindados en mayor medida, el espacio extramural puede proveer formas distintas de relacionarse lo cual dependerá tanto de la decisión del profesional de salud como de la persona que requiere atención. En cuanto a los profesionales de salud ellos se mostraron más abiertos y a gusto en esta forma de trabajo; piensan que podrían tener mayor capacidad de decisión, no solo sobre la terapéutica del paciente, sino en formas distintas de trabajar. En este sentido, Emerson Elias Merhy menciona que:

“El autogobierno de los trabajadores se constituye en su esencia, está elevada a muchas potencias. Esto es muy perceptible en los servicios, a partir del hecho de que todos pueden ejercer sus modos de comprender los intereses en juego y dar sentido a sus actuaciones. La polarización entre autonomía y control es sin duda un lugar de tensión y, por tanto, de potencia, constituyéndose en un problema para las intervenciones que ambicionan gobernar la producción de un cierto modelo tecno asistencial. (Merhy 2006, 80)

La división del tiempo destinado a los actos de cuidado en preconsulta consulta y posconsulta fue una práctica que, a decir de los profesionales de salud, permitía fortalecer el vínculo entre ellos y las personas que requieren atención.

Conclusiones

1. El Sistema de Salud esta fragmentado, pese a que el discurso oficial hable de la existencia de un Sistema Nacional de Salud. La fragmentación supone dificultades para el primer nivel de atención en salud y, por consiguiente, a todo el sistema.
2. El Sistema de Salud de salud está subsumido a un modelo de atención en salud, caracterizado por la supremacía de una razón creada como instrumento político para la dominación legitimada por el Estado, y aprovechada por el gobierno de turno.
3. El Sistema de Información en Salud está presente, pero tres de los siete procesos que lo constituyen: recursos, fuentes de datos y la administración de datos no son adecuados. La administración de los datos es un proceso que alcanza apenas el 49% de cumplimiento.
4. El distrito utiliza hojas de cálculo para obtener datos; estas son poco técnicas, no responden a una operacionalización metodológica y pueden producir errores sistemáticos debido al uso de instrumentos inadecuados. Las necesidades de información no son del todo claras y en muchas ocasiones su elaboración no se ve justificada.
5. Los datos que se manejan no son de calidad y difícilmente pueden proveer aportes valiosos para la toma de decisiones en salud. La oportunidad de dato -exigida a través de memorandos enviados por Quipux- se contrapone con la calidad del dato. Los profesionales de la salud reconocen que los datos que proveen no son de calidad.
6. Los profesionales de salud pueden gastar hasta la mitad de la jornada laboral en el llenado de formularios y matrices; el tiempo restante deben repartirlo entre la atención a los pacientes y la ejecución de actividades no planificadas. Como no se cuenta con información que permita la toma de decisiones, la planificación resulta una actividad improvisada.
7. La lógica tecnocrática: impuesta por el modelo, impulsada por los gobiernos, que incide en el devenir histórico de la salud promueve la recopilación de datos e información de salud que hace imprescindible recurrir a tecnologías que son usadas inadecuadamente.

8. Existieron practicas destinadas a dividir el tiempo (preconsulta, consulta y posconsulta) que favorecían el relacionamiento entre los sujetos que son parte del proceso salud/enfermedad/atención en salud. Lamentablemente estas dejaron de formar parte de los servicios ofertados como consecuencia de alguna disposición de las autoridades de turno.
9. El autogobierno posibilita la provisión de cuidados como respuesta contrahegemónica al modelo de salud establecido.
10. Es necesario simplificar los procesos y garantizar que el diálogo intersubjetivo, que se espera se produzca en los servicios de salud, se lleve a cabo y permita aproximar dos realidades distintas en un mismo espacio.

Referencias

- Agencia Pública de Noticias de Quito. 2017. “La calidad del agua de Quito es para beberla directamente de la llave”, el 25 de mayo de 2017.
[http://prensa.quito.gob.ec/index.php?module=Noticias&func=news_user_view&id=26031&umt=La calidad del agua de Quito es para beberla directamente de la llave.](http://prensa.quito.gob.ec/index.php?module=Noticias&func=news_user_view&id=26031&umt=La%20calidad%20del%20agua%20de%20Quito%20es%20para%20beberla%20directamente%20de%20la%20llave)
- Basantes, Emilio. 2015. *Manejo De Cultivos Andinos Del Ecuador*. Primera. Quito-Ecuador: ESPE.
- Batista, Túlio, y Emerson Elias Merhy. 2016. *Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud: Textos seleccionados*. 1ra ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Bergonzoli, Gustavo. 2004. “Sistemas de Información Sanitaria”. En *Vigilancia epidemiológica*, editado por Ferran Martínez, 1ra ed., 298. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana.
- Biblioteca virtual en salud. 2019. “DeCS Server - List Exact Term”. 2019.
<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>.
- Breilh, Jaime. 2003. *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires, Argentina: Lugar.
- . 2013a. *La determinación social de la salud como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública (salud colectiva) (Epidemiología crítica latinoamericana: raíces, desarrollos recientes y ruptura metodológica)*. Universidad Andina Simón Bolívar.
- . 2013b. “La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública”. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 31 (1): 13–27. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>.
- Briones, Guillermo. 1996. *Epistemología de las ciencias sociales*. Memoria.Fahce.Unlp.Edu.Ar.
<http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/programas/pp.6721/pp.6721.pdf>.
- CLIRSEN, SENPLADES, y SISAGRO. 2011. “Memoria técnica. Evaluación de tierras

- por su capacidad de uso. Cantón Jaramijó.” Jaramijó.
- Distrito 17D06. 2017. “Informe de supervisión proceso de promoción de la salud”.
- Fleury, Sonia. 2004. “Modelos de reforma de la salud en América Latina”. En *Salud colectiva: Cultura, instituciones y subjetividad: Epidemiología, gestión y políticas.*, 1ra ed., 288. Buenos Aires, Argentina: Lugar.
- INEC. 2010. “Población y tasas de crecimiento intercensal de 2010-2001-1990 por sexo, según parroquias”.
- . 2012. “Filiación religiosa en el Ecuador”.
http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Boletines/Religion/presentacion_religion.pdf.
- INHAMI. 2008a. “Mapa de Isotermas de Ecuador”. Quito.
- . 2008b. “Mapa de Isoyetas de Ecuador”. Quito.
- Lucio, Ruth, Nilhda Villacrés, y Rodrigo Henríquez. 2011a. “Sistema de salud de Ecuador”. *Salud Publica de Mexico* 53 (SUPPL. 2): 177–87.
- . 2011b. “Sistema de salud de Ecuador”. *Salud Pública de México* 53: s177–87.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800013.
- Maldonado, Xavier, Érika Arteaga, y Juan Cuvi. 2017. “Políticas neoliberales de salud en el gobierno de Correa”. *Rebelión*.
- Menéndez, Eduardo. 1988. “Modelo Medico Hegemónico Y Atención Primaria”. *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988 30 de abril al 7 de mayo*, 451–64.
http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf.
- . 2004. “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas.” En *Salud colectiva: Cultura, instituciones y subjetividad: Epidemiología, gestión y políticas.*, 1ra ed., 288. Buenos Aires, Argentina: Lugar.
- Menéndez, Eduardo L. 1984. “El Modelo Médico Hegemónico : Transacciones Y Alternativas Hacia Modelo De Autoatencion En Salud”. *Arxiu d’Etnografia de*

- Catalunya*, núm. 3: 84'119.
- . 1992. “La antropología médica en México.”
http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/compendio/Primero/I_SM_486-495.pdf.
- . 2015. “El modelo médico y la salud de los trabajadores”. *Salud Colectiva* 1 (1): 9. <https://doi.org/10.18294/sc.2005.1>.
- Merhy, Emerson Elias. 2006. “Salud: Cartografía Del Trabajo Vivo”, 1–88.
<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/livros-01.pdf>.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2014. “Acuerdo Ministerial 4521. Lineamientos para la organización de los establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública en zonas y distritos”. Quito, Ecuador.
<http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/acuerdosM/4521.pdf>.
- . 2015. *Acuerdo Ministerial 5212. Tipología Para Homologar Establecimientos De Salud Por Niveles*.
[http://instituciones.msp.gob.ec/cz6/images/lotaip/Enero2015/Acuerdo Ministerial 5212.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/cz6/images/lotaip/Enero2015/Acuerdo%20Ministerial%205212.pdf).
- . 2016. *Manual del Modelo de Atención integral en Salud*. 2da ed. Quito-Ecuador.
- . 2017. “Estimación de la población 2017. Ministerio de Salud Pública.” Quito-Ecuador.
- Municipio del Distrito Metropolitano de Quito. s/f. “Información geográfica. Gobierno Abierto. Secretaría General de Planificación del Municipio del Distrito Metropolitano de Quito”. 2017. Consultado el 16 de octubre de 2017.
http://gobiernoabierto.quito.gob.ec/?page_id=1122.
- . 2008. “Atlas Ambiental del Distrito Metropolitano de Quito”, 20–23.
http://www.usfq.edu.ec/programas_academicos/colegios/cociba/quitoambiente/temas_ambientales/cambio_climatico/Documents/DC2AC1_atlas_ambiental_dmq_clima.pdf.
- . 2015. “Plan Metropolitano de Desarrollo y Ordenamiento Territorial”.

- . 2017. “Clasificación Agrológica del Suelo. Secretaría de Territorio Hábitat y Vivienda.” Quito. http://gobiernoabierto.quito.gob.ec/?page_id=1122.
- Murray, Sharon. 1998. *Silvicultura Urbana y Periurbana en Quito, Ecuador: Estudio de Caso*. Organizaci. Roma. <http://www.fao.org/docrep/W7445S/w7445s03.htm>.
- Naranjo, Marcelo. 2007. *La cultura popular en el Ecuador. Tomo XV Pichincha: Primera*. Cuenca: Centro Interamericano de Artesanías y Artes Populares (CIDAP).
- “Nuestra historia – Bienvenido a EPMAPS”. s/f. Consultado el 2 de octubre de 2017. https://www.aguaquito.gob.ec/?page_id=1258.
- OPS. 2010a. “Diagnóstico del Sistema de Información de Salud”. https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&alias=346-diagnostico-y-elaboracion-del-plan-estrategico-de-fortalecimiento-del-sis&category_slug=documentos-estrategicos&Itemid=599.
- . 2010b. *Redes integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas*. Washington, D.C.
- OPS, y OMS. 2008. “Informe sobre el sistema de salud mental en el Ecuador”. Quito. http://www.who.int/mental_health/ecuador_who_aims_report.pdf.
- Pereira, José. 2009. *La fiesta popular tradicional del Ecuador*.
- Senplades. 2014. *Distribución espacial referencial de los establecimientos prestadores de servicios públicos. Guía técnica*. Quito, Ecuador. <http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/Distribución-espacial-referencial-de-los-establecimientos-prestadores.pdf>.
- Servicios, Unidad Distrital de Provisión y Calidad de los. s/f. “Unidad Distrital de Provisión y Calidad de los Servicios”.
- Sinsky, Christine, Lacey Colligan, Ling Li, Mirela Prgomet, Sam Reynolds, Lindsey Goeders, Johanna Westbrook, Michael Tutty, y George Blike. 2016. “Allocation of Physician Time in Ambulatory Practice: A Time and Motion Study in 4 Specialties”. *Annals of Internal Medicine* 165 (11): 753. <https://doi.org/10.7326/M16-0961>.

- Sinsky, Christine, Ling Li, Lindsey Goeders, Sam Reynolds, Mirela Prgomet, George Blike, Lacey Colligan, et al. 2016. "Allocation of Physician Time in Ambulatory Practice: A Time and Motion Study in 4 Specialties". *Annals of Internal Medicine* 165 (11): 753. <https://doi.org/10.7326/m16-0961>.
- Soliz, Fernanda. 2014. "Metabolismo del desecho en la determinación social de la salud Economía política y geografía crítica de la basura en el Ecuador 2009-2013".
- Spinelli, Hugo. 2017. "Gestión: Prácticas, mitos e ideologías". *Salud Colectiva* 13 (4): 577–97. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1283>.

Anexo. Transcripción de la entrevista

Entrevistado 5	<p>Pienso que se disminuye la atención directa al paciente. Que de pronto es nuestra formación y debería ser la prioridad para tratar de digitalizar tal atención. Entonces, el tiempo realmente, para llenar matrices, para llenar la información; se ve disminuido en el tiempo que le damos al paciente; pero también es importante recalcar que lo que no está registrado, es como si no se hizo. Entonces si, por ejemplo, si le veo a un paciente y le hago neurodesarrollo, le veo el peso y la talla le pongo en el SISVAN y todas esas cosas; si no lo registro, no hay información y son actividades que probablemente sin registro podrían pasar como que no se hicieron y en realidad si se hicieron. Lo que habría que hacer es mejorar el tiempo de atención, en general por paciente.</p>
Entrevistador	<p>Es decir que el tiempo que se brinda de consulta al apaciente que está, de alguna forma, estandarizado en 15 a 20 minutos debería ampliarse. Pero ahora, ¿Qué pasa si se amplía el tiempo) y se mantiene el mismo número de matrices? ¿Tiene alguna repercusión?</p>
Entrevistado 6	<p>Claro, existe una repercusión porque como dice la doctora, todo lo que no está escrito no se ve reflejado y no habrán evidencias y siempre será importante el hecho de poder documentar todo lo que nosotros realizamos. Pero realmente el tiempo en el que podemos atender a un paciente y llenarle las matrices, está existiendo como una deshumanización en la atención. Nos ha pasado a todos y, creo que el tiempo, en este caso, es oro y el tiempo que se está empleando en el paciente es muy poco para poder simplemente mirarle a los ojos. Hay pacientes que se quejan día a día de la deshumanización. Que muchos de los médicos no estamos viendo a los pacientes a la cara, siempre estamos pendientes de una matriz de neurodesarrollo, estamos pendiente de una matriz del SISVAN, estamos pendientes del PRAS. O sea, si todo se unificara en un sistema que englobara todo de forma efectiva, creo que se sacarían los resultados que queremos en una sola atención de calidad donde podamos atender al paciente y podamos llenar la información que es valiosa también</p>
Entrevistador	<p>Entonces, de lo que usted dice Dr. Buitriago, entiendo que hay un problema con el sistema de información como tal y otro es esta deshumanización del cuidado de la atención. ¿Podríamos hablar un poco de esa “deshumanización”?</p>
Entrevistado 4	<p>Hay muchas veces que el paciente no acude directamente por una dolencia física. Hay muchas situaciones que demandan escuchar y ser escuchado. Necesitan para eso que nosotros estemos pendientes</p>

	<p>incluso de los gestos de las expresiones que los pacientes nos pueden dar y con eso obtenemos información, pero con esto de que todos tengamos que estar pendientes de la computadora, se nos puede pasar por alto y eso puede ser un grave error porque no estaríamos viendo todo el contexto del paciente.</p>
Entrevistador	<p>Es decir que el tiempo en la consulta, está más bien destinado a la interacción con la computadora que con el paciente</p>
Entrevistado 8	<p>Es lo que se queja el paciente dice: “es que el doctor ni me examinó, solo escribió en la computadora”</p>
Entrevistador	<p>¿Y esa es una queja frecuente de los pacientes?</p>
Entrevistado 8	<p>Tan frecuente no; pero si de da. Por ejemplo, los pacientes a veces regresan a enfermería: “¿ya salió de la consulta? ya, es que el doctor solamente escribió en la computadora” y no hay un examen físico, o sea no le tocan al paciente y, el paciente enfermo lo que necesita es que por lo menos le dé una palmadita el médico ¿no?</p>
Entrevistador	<p>O sea, es importante el relacionamiento entre los sujetos que están en este espacio</p>
Entrevistado 8	<p>Ahora estamos muy mecanizados, solo en la computadora.</p>
Entrevistado 5	<p>Y hay que tomar en cuenta que la atención médica, debería ser integral, bio-psico-social. Entonces difícilmente, biológicamente podemos verlos a los ojos como dice el doctor o examinarle, peor preguntarle psicológicamente: ¿cómo está usted? Muchos pacientes vienen, el ratito que estamos terminando, ya cerramos el PRAS, que estamos por despedirnos, en ese momento suelta la lágrima, en ese momento llora dice: “realmente lo que me pasa es otra cosa” y entonces se queda toda la fila atrás de pacientes pendientes.</p>
Entrevistado 8	<p>O sea, no estamos dando la atención integral que necesita. Nos estamos manteniendo en lo que es la atención biologicista, solamente porque “él viene, tome, tenga y váyase” y estamos descuidando lo que comentamos que tiene que ser el primer nivel de atención, el contacto, no solo con el individuo sino con la familia.</p>

Entrevistado 7	<p>Yo pienso que en relación con el tiempo en el llenado de matrices que es lo que dice la pregunta, debemos tomar en cuenta los tiempos tanto para la atención como para el llenado de matrices por que las dos acciones son importantes, son indispensables en la atención. Si el llenado de estas matrices se reduce, se hace más dinámico, más rápido, si vamos a tener el tiempo para examinar al paciente y también tener el resultado del registro y el resultado de la información que queremos de cada paciente. Pienso que a eso deberíamos llegar, no por atender al paciente vamos a dejar de llenar; o si llenamos las matrices no le atendemos al paciente. Entonces hay que encontrar un equilibrio en el que se pueda dinamizar el llenado de matrices y que quede el tiempo – no suficiente- pero el tiempo adecuado para poder atender al paciente.</p>
Entrevistado 8	<p>Es que, por ejemplo, choca también con el call center; no se está manteniendo los tiempos asignados.</p>
Entrevistador	<p>Entonces, el call center juega un papel importante. Por ejemplo, no todo el mundo requiere 20 minutos de atención médica. Sabemos que la atención al adolescente por primera vez es entre 30 y 45 minutos, las embarazadas también 30 (minutos). Eso no se respeta, del adulto mayor tampoco.</p>
Entrevistador	<p>O sea, no hay una diferenciación del grupo etario ni de la condición del paciente.</p>
Entrevistado 2	<p>Hace mucho tiempo está creado el MAIS que es una de las herramientas base en el primer nivel. Al decir la primera base, me refiero a un montón de protocolos que van a estar a la mano y debemos cumplir. Estos no se cumplen por las matrices, por los tiempos y por el call center. El call center es uno de los espacios o instituciones que nos ha creado mayor problema tanto es así que como en algún rato, que con usted habíamos revisado, nos habían mandado un documento que pedía que no debe haber filas, cuando el mismo ministerio, en su página de presentación, dice que se acerque voluntariamente a la institución quien desee y será otorgado un turno; yo me quedé con la boca abierta. En lo que se refiere a las matrices hace más o menos 2 años llegamos a tener 155 matrices. Tal es así que tenía en la unidad que trabajaba, una tira larga que llegaba al piso y cada mes iba haciendo un <i>check list</i> para ver si llené; más no me importaba casi la calidad; porque la calidad del dato, se pierde porque en la matriz de este lado me pedían un dato, en la de acá me pedían ese dato más otro datito y en la de acá, me pedían los 3 datos pero de una forma inversa. A veces no se mandaba ni siquiera el mismo dato y en las 3 matrices pidiéndonos lo mismo. Esto desgasta al personal, no solo es con el paciente, como nosotros. ¿y qué calidad vamos a dar cuando nuestra calidad interna es pésima?. ¿Pero qué</p>

	<p>pasa? que yo tengo que estar toda la mañana evaluando si este dato coincidía con el de acá, perdidos 2 o 3 personas el tiempo. Para un dato que va a ser mandado, a lo mejor no sea la calidad. Ahora, ¿Cuál debería ser el objetivo o el producto de una matriz? Tendría que tener una situación de impacto, de que sea retroactiva. Hasta ahora no nos han mandado sino la sala situacional para ver, en verdad, cómo hemos ido trabajando; pero debe haber una solución retroactiva porque por ejemplo, tenemos varios niños que están desnutridos en el SISVAN, en el SISVAN que mandamos; no le puedo sacar a ese guagua desde hace un año porque todavía tengo que seguirle refiriendo y, si usted no reportó, tiene un problema; pero el niño ya no es mío, el niño ya paso de su edad, ya pasó una desnutrición crónica, ya deja de ser agudo pero mantiene su matriz. Hay veces en que se manda 3 o 4 veces. ¿Qué ha pasado con la matriz de los Joaquín Gallegos Lara? Se ha hecho una monotonía. Entra la matriz - que me disculpen pero así era-, entra a la matriz y comienza a poner los datos y veo que es lo mismo porque el paciente en un mes no había pasado ningún cambio; entonces que pongo “paciente ahora me recibe en la puerta de la casa ya no me recibió en la sala”, para que se den cuenta que he ido a visitarle y ese no puede ser el objetivo de la matriz, ni del médico nuestro, no puede ser. O sea, perdemos un montón de cosas. La parte humana, hay gente que dejó de ser humana desde que nació porque así tratan al paciente toda su vida así le pongan mil matrices. Pero al objetivo al que nos vamos es que deberíamos mejorar, pero a veces siento que estamos retrocediendo. ¿Ya cuánto tiempo trabajamos aquí? y si uno se regresa a ver, de lo que era el área, trabajábamos con menos matrices, pero el trabajo era tenaz, era brutal en el campo; conocíamos el sector a cabalidad, que nos decían: “acá es la fulana de tal, no esa es la de acá arriba”. Ahora vivo en la unidad, yo no sé de la mayoría de las calles en los alrededores de Chimbacalle.</p>
Entrevistador	¿Hasta cuándo trabajaron como área?
Todos los entrevistados	Hasta el 2014
Entrevistado 2	Es una transición terrible
Entrevistado 8	Y también los tiempos estimados, o sea para la administración, no se contempla todo
Entrevistado 2	¿Pero qué administración? La administración tiene que llegar al punto en donde yo administro al grupo y digo: “este problema hubo, hay que reunirnos y vamos a trabajar bajo este parámetro”. La administración solo dice: consolide matrices
Entrevistador	¿La información que obtienen o los datos que ustedes ingresan, <u>no sirve</u> como para plantearse una hoja de ruta en cuanto al trabajo, para organizar sus actividades?

Entrevistado 2	<p>En parte nos sirve porque por ejemplo, el trabajo Joaquín Gallegos Lara, es una matriz que tiene los mismos parámetros todo el tiempo ¿no es cierto? Se presenta mensualmente, hay veces en que usted por el tiempo no solo hace, sino también: vacunas, campañas, sale a toda la actividad que nosotros ya sabemos que hacemos que también hay que reportar en matrices. Esa actividad que hacemos nos hace perder el hilo ¿Qué pasa con ese Joaquín Gallegos Lara? Sí es un paciente que ya no va a mejorar, pero ¿a dónde le puedo llevar a este paciente? A ver, él es un paciente que necesita rehabilitación, vaya a Chimbacalle a rehabilitación y tiene como 800 turnos atrás ¿Dónde le pongo?</p>
Entrevistado 3	<p>En este tiempo que yo he estado en la Lucha de los Pobres, en un área de vacunas, ahí también se maneja una serie de formularios. Pero tenemos nosotros que registrar en el carné de vacunas, en el parte diario, en el tarjetero de vacunas. Y tenemos que registrar ahora la SRP que ponemos en el parte nominal, el parte diario le pasamos al nominal y tenemos el formulario de esquema atrasado. Si es un niño de dos años le tenemos que poner en el esquema atrasado y pasar al parte nominal. Tenemos la matriz de influenza que todavía no se termina, todavía tenemos saldo de vacuna y tenemos que seguir registrando ahí. O sea tenemos 6 formularios para una actividad y tenemos lo de vitamina A que también le damos al mismo niño. Si es un niño de 6 meses llega por la vacuna de la tercera dosis, en el parte diario, recibe vitamina A, en el parte de vitamina a, en el tarjetero. Si es un niño de 2 años en el tarjetero nominal de SRP, en el esquema atrasado, en tarjetero y ene el de influenza y en el de vitamina A o sea 5 veces registramos al mismo niño. Entonces, el tiempo que te demoras en registrar todo eso es de aproximadamente 10 minutos por niño y el tiempo de espera de la madre que está esperando para entrar al vacunatorio se aumenta. La señora está esperando y ‘me saca lo ojos’ y yo no sé en qué momento me olvidé de registrarle en una parte o en otra. La calidad, el dato en vacunas, se puede perder, es muy malo. He revisado solamente la primera semana de junio para ver si me cuadraba el parte diario con la SRP nominal; entonces por ahí se me paso un niño, que le puse un numero donde no era, ya no cuadraron, revisé y todavía me faltan, son 20 días que he vacunado y me faltan todavía los otros 13 días de revisar que me cuadre el un parte con el otro. Y en el PRAS no ingreso y en el PRAS no estoy ingresando ningún niño porque si yo ingresara por el PRAS, el sistema de información que tiene el PRAS es poner la fecha de la vacuna, vacuna por vacuna y lote. Entonces te tomaría unos 20 minutos solo el registro ¿y la vacuna en qué momento coloco?</p>
Entrevistador	<p>¿O sea el PRAS no solucionaría el problema? lo aumenta más bien.</p>

Entrevistado 4	Lo que sucede es que en la PRAS la parte de vacunación debía haber sido tal vez de la forma en como nosotros estamos manejando, pero no es así. Por ejemplo, si usted le va a colocar cualquier vacuna tiene que hacer lo siguiente: la vacuna, la fecha, el lote, guarda, le vuelve a abrir, otra vez busca la vacuna ingresa la fecha y el lote, guarda. ¿Y si es un paciente con el esquema atrasado?
Entrevistado 8	O sea, a veces por el tiempo también es que no podemos ingresar.
Entrevistado 3	Tienes que poner x x para que te deje pasar.
Entrevistador	O sea, el dato no sirve.
Entrevistado 2	¡No sirve! Porque si usted quiere ver al mismo paciente en Sangolquí y quiere ver si le han puesto la vacunita sale xx y ya, ahí quedó.
Entrevistado 3	Lo que estamos haciendo ya es 1 año, estamos buscando niños que no tienen SRP. Si existiera un sistema de información en donde tu pudieras ingresar con el número de cédula a ese niño, como en el registro civil, tú entras con el número de cédula y tienes información de todo el país. Simplemente con eso supiéramos cuantos niños fueron vacunados y cuantos no.
Entrevistado 4	También por ejemplo, en esto de vacunas, en estos meses que estuvimos, igual en campañas, mandaban una matriz en la que se llenan los datos; luego, a mitad de mes, que esa ya no vale que pasen a otra. Ya le pasan nuevamente a la matriz haciendo nuevamente doble trabajo. Después, ya casi para finalizar el mes, que esa no sirve que pasen a otra. Parecía chiste, pero en cambio, para el personal que está pasando esta información es un desgaste terrible porque eso ya no lo puede hacer durante las horas normales de trabajo. Muchas veces se llevará a su casa porque ya hizo la primera vez, hizo una segunda vez y le piden hasta 3 o 4 veces que vuelva a cambiar la matriz. Es una burla, es terrible.
Entrevistado 3	El dato es pésimo.
Entrevistador	O sea que los datos que obtenemos prácticamente no sirven.
Entrevistado 1	Yo en Chimbacalle consolido de seis médicos la matriz MAIS y en allá cada médico llena a su manera. Entonces ya nos reunimos con los profesionales, con los compañeros, y se armó el show porque cada uno dice: “no es que así nos dijo tal fulana que debemos llenar, o, pero en tal reunión ya nos corrigieron eso.” Llegamos a unos acuerdos, pero creo que más acuerdos locales. Cuando yo recibo estás matrices yo me demoro un día, un día solo MAIS, un día me quedo consolidando a tal punto de que llevamos el trabajo a la casa. Y en la noche, en el silencio para concentrarse y poder analizar porque en verdad hay errores que uno va viendo y toda la matriz se

	<p>daña. Pero en la matriz MAIS que vemos más del reporte de cuántas fichas ha hecho cuáles son las visitas subsecuentes, pero no son actividades tan importantes como datos de vacunas. Cuando consolidábamos la matriz de cuidados paliativos y a largo plazo ese era otro lío y ese era el administrador el que consolidaba lo que le daban sus médicos y así se consolidaba una sola matriz, igual era todo un día porque ya se les daba las indicaciones de quiénes ingresaban a la matriz, pero no seguían porque lo único que le importa al administrador o a la gran mayoría es enviar la matriz. Tú enviaste la matriz ya es hasta el 27, es hasta el 31, hasta el primero. No importa el dato. Los datos, uno dice número de actividades algunos ponen “13,2”, digo será 132, será 13 actividades porque no hay pues con decimales las actividades ¿no? o es 13 o es 14. Entonces cuando uno llama y dice, oiga y este dato cómo mismo es, “No sé dice, no me acuerdo”.</p>
Entrevistado 3	<p>Pero ve, estamos dando la vitamina A y tenemos que darle al grupo de seis meses. A un año en gotas eso es terrible ¿cómo vas a contar de gota en gota cuantas gotas le das? Yo me voy a poner a contar gota por gota lo que tengo que darle de vitamina A, no.</p>
Entrevistado 1	<p>La matriz es bien importante, tú sabes que las bases de datos empiezan desde una matriz y desde ahí salen estudios.</p>
Entrevistador	<p>¿Ahora que han pensado ustedes de las matrices que llenan? Porque una cosa es llenar una matriz que constituye la base de datos. Y otra cosa es llenar un formulario que alimenta a la base de datos.</p>
Entrevistado 1	<p>Son matrices como tales ahorita, claro, pero mira todo se ha quedado en cuántos números has hecho. “¿A ver cuántos Joaquines Gallegos Lara tiene su unidad? Tiene 10”, Pero no vemos detrás de ese número a quién prescribió, a quién hizo una transferencia, pues no hay eso ahí. A quiénes hizo el contacto para la visita odontológica, no hay ese dato.</p>
Entrevistado 3	<p>En una celda no vas a poner todo el informe que hiciste con él, cómo paciente. Sólo le pones que le visitaste tal día.</p>
Entrevistado 5	<p>Yo tengo una utopía desde hace rato, una idea que ojalá algún día se cristalice y no llegue a morirme sin ver esto. La idea es que por ejemplo hay una base de datos general que tú pones del número de cédula y se fue. De tal forma que el responsable ve cuántas mordidas de perro solamente digitando el código de la mordida de perro y sepa de las 28 unidades cuántas hubo y no tengamos que estar informando que hubo un mordido de perro, qué hubo una varicela. O sea, esos reportes que también nos desgastan, ya están ingresados en el PRAS de dónde el responsable distrital es el encargado de filtrar y de consolidar la información que a nivel central le piden.</p>

Entrevistado 2	<p>Pero ahí hay un problema y que veo no solo en la matriz. Ahora que hemos revisado algunos otros documentos, el quemimportismo del profesional en llenar eso. Porque también le puedo dar una matriz que cumpla con todas las expectativas nuestras, una que saque todos los datos ¿pero si llenan lo que quieren? ¿Si hay poca importancia? Eso hemos visto, eso ya nace de nosotros: “chuso se me fue un cero, no eran 10 eran 100”; ya es una cosa que cambia, eso se vuelve drástico. Esa parte no sé cómo mejorarla.</p>
Entrevistado 7	<p>A ver compañeros, a lo que dijo la doctora Anita y la doctora; para mí también es un sueño como del TAMEN teníamos 11 matrices que llenar. Cuando ya el doctor Ruiz estuvo con nosotros ya nos escuchó que era: “la matriz de esto, la matriz de esto otro”; entonces genial, nos apoyó y se hizo una matriz en la que se consolida lo que hacíamos antes en 11. Y resulta que el rato de la llenada, no sé las justificaciones, cada uno debe tenerlas, simplemente no se las llena adecuadamente. No pongo el saldo, no le lleno a este niño solo pongo en un código y todo lo que habíamos ganado para que la persona del distrito coja y visualice y haga el informe genial; lo único que hicimos es pedir nosotros la información. Cuando lo hacen adecuadamente, cuando no lo hacen nosotros regresamos a lo mismo, a llamar de uno en uno: “falta el saldo; no tenías tanto, tenías tanto” o sea, a eso también se llega. Cuando Anita dice ¿qué pasa con la responsabilidad que tiene el profesional de llenar eso? No es sólo la solución el consolidar. Ya tenemos una experiencia. Hay muchas justificaciones.</p>
Entrevistado 3	<p>Hay que anotar una cosa, que no todo el personal está actualizado en trabajar en matrices automatizadas en Google o en Excel, no todos.</p>
Entrevistado 2	<p>Ni usar el teclado de la computadora, empecemos por ahí. No puede ser que un médico me diga: “doc necesito su ayuda en emergencia, necesito alguien que digite porque yo no le encuentro mucho a las letras” (risas)</p>
Entrevistador	<p>¿A qué se dedicaría el tiempo si el número de matrices que deben ser llenadas serían reducidas?</p>
Entrevistado 6	<p>Al paciente</p>
Entrevistado 8	<p>Al paciente, a la familia</p>
Entrevistado 5	<p>Ahí sería una maravilla, podríamos hacer biopsicosocial, prevención, promoción, rehabilitación, recuperación. O sea, hay muchas actividades encaminadas al bienestar del paciente que se están dejando de lado.</p>
Entrevistado 3	<p>O sea, ahí tienes que decirle al adulto mayor que haga ejercicio, que haga dieta vos lo que haces es llenar la matriz y en realidad no se le dijo.</p>

Entrevistado 8	Antes hacíamos nosotros preconsulta, se dedicaba al paciente.
Entrevistador	¿Me pueden hablar un poco de la preconsulta y la posconsulta?
Entrevistado 8	En la preconsulta, por ejemplo, nosotros educábamos al paciente. Nosotros éramos los primeros en enterarnos. Ahora es 'entre y salga' y corriendo.
Entrevistado 5	Yo me acuerdo de Mery, alguna vez había un paciente que siempre venía y ella me decía:(susurro) "lo que pasa es que es una pacientita que tiene problemas", creo que era lesbiana o alguna cosa así; ya le venía viendo unas dos veces y yo no sabía, pero con Mary ella se me adelantaba: "la paciente tal tendrale cuidado porque lo que pasa es que sus problemas no son muy biológicos, a mí me parece que es por este lado que se le fue la pareja"
Entrevistado 8	Había ese trabajo bueno, ahora también pero ya es poco porque es 'apure porque ya no hay como' 'por que el call center me bombardea de pacientes', 'ya no me puedo atrasar a la cita del médico'. Se educaba a la madre. Le enseñábamos a la madre como darle de lactar.
Entrevistado 3	En la preconsulta se veía a niños menores de 1 año, ahí se realizaba la medición, se veía la curva de crecimiento.
Entrevistador	¿Había un espacio institucionalizado que a ustedes les permitía interactuar con los pacientes?
Entrevistado 4	Ahora el espacio está ocupado en llenar los datos en la computadora.
Entrevistado 2	En ponerle en el PRAS, en ponerle en el PUYU, en el no sé qué.
Entrevistado 8	Pero cuando se va el internet, estamos fregados porque nos toca buscar la historia clínica para poner rápido en una hoja
Entrevistado 5	Y cuando viene el internet, no te vas a demorar en pasar las 20 historias clínicas con detalle frente a lo que estuvo el paciente. Entonces lo que a mí me pasa, escribo rápido lo que vino, lo que fue, lo que va y el siguiente. Porque a veces hacemos doble trabajo.
Entrevistador	¿A parte de la preconsulta había otro espacio similar?
Todos los entrevistados	La posconsulta
Entrevistado 8	El objetivo de la posconsulta era reforzar las indicaciones médicas, promoción y prevención al paciente
Entrevistado 3	Como toma la medicación, ¡que se adhiera! El paciente a la medicación. Porque por ejemplo un hipertenso a veces él dice se toma un mes y al próximo mes ya no se toma.
Entrevistado 4	Había seguimiento.

Entrevistado 5	No sé si es que pasa; pero yo, por ejemplo, si pido que haya posconsulta en tal o cual paciente porque yo me doy cuenta del paciente que no me entiende bien: “repítame”. Dentro de la consulta porque probablemente tengo un poquito más de espacio para darme cuenta si me entendió que la señora de farmacia o la <i>licen</i> que está preparando. Me doy cuenta quien no me está entendiendo muy bien y yo si pido: “licenciada, no sea malita, en este paciente ayúdeme con la posconsulta”, coja un marcador, en las cajas dibújale. No sé si es que se siga manteniendo, pero por ejemplo en el tiempo que yo estuve en el Carmen, todo paciente que se insulinizaba, por lo menos la primera vez, en la posconsulta se les enseñaba cómo ponerse la insulina.
Entrevistado 2	Ahora la posconsulta se hace en la farmacia, la señorita le dice -hasta que le entregue-
Entrevistado 7	Pero también, cuando había la posconsulta, se convertía en que el profesional que atendía al paciente escribía la receta y le decía: “vaya a posconsulta”. Tampoco daba indicaciones. Ese era uno de los problemas que también teníamos antes
Entrevistado 1	Hay un error en el PRAS también; porque todavía tú llenas las prescripciones, pero no puedes mandar a imprimir, pero tienes que llenar y tienes que hacer la receta manual.
Entrevistado 2	Es doble trabajo porque usted escribe todo: prescripción, indicación, medicamento, cantidad posología, todo eso. y luego tiene que escribir en la receta porque no sirve
Entrevistado 5	Porque no está la conexión hecha. Otra cosa, me parece también que cuando trabajábamos en áreas veía más pacientes. Siendo médico general nos batíamos eran entre 30 y 40 pacientes, pero quien llevaba la información era estadística, no nosotros. entonces eso a mí me permitía ver más cantidad y ser un poco más resolutiva en la cantidad de la afluencia, cuando ya tenemos más paciente, puedo tener la misma afluencia, pero si yo no tengo el tiempo porque tengo que llenar las matrices, yo soy la responsable de la información que envió, eso también disminuyó, la cantidad de pacientes que puedo atender

Entrevistado 6	<p>Yo tengo la experiencia reciente, afortunadamente, en el año 2016 pude hacer la rural aquí, en la provincia del Carchi y cuando vine para Quito y empecé a trabajar en el 2017 en Distrito, vi las diferencias. De repente dirán en la rural pocos pacientes; pero esta era una cabecera cantonal y no era metido donde venía uno o dos pacientes, no. Era la cabecera cantonal y si había el sistema de la estadística, tenía laboratorio, tenía farmacia, tenía muchas cosas y el sistema en cuanto a enfermería y medicina funcionaba muy bien porque había la preconsulta, la posconsulta, mi consulta. En mi consulta podía hacer una atención integral del paciente, podía hacer el examen físico completo. Mientras que en Quito, entro al Carmen y ya vi que no era la cosa así aquí en la ciudad. Yo decía como que funciona mejor allá y aquí, en la ciudad deberíamos reforzar bien el tema de la atención integral, por el tema del estrés, por el tema del tiempo por el tema de los pacientes, las largas colas el agendamiento (call center). O sea, aquí ya vienen una serie de cosas que se suman a que el tiempo de calidad que se le emplea al paciente para la atención integral, no se da.</p>
Entrevistador	O sea que tiene una connotación territorial también eso.
Entrevistado 6	<p>Claro, no es lo mismo. Había call center también y usábamos un sistema que se llamaba SISALUD. Entonces el SISALUD la historia clínica, igual el SISVAN y había que hacer en el físico; o sea, si había cosas que hacer, no era que no teníamos que eran menos matrices. Eran igual, un gran número de matrices, pero como que si había tiempo en la parte de enfermería para poder reforzar la preconsulta la posconsulta y en la atención había tiempo de calidad para el paciente.</p>
Entrevistador	O sea que pese a las múltiples actividades estaba estructurada la atención de forma tal que garantizaba este espacio entre la enfermera y el paciente una vez que se había efectuado la consulta.
Entrevistado 6	<p>Correcto. Si, de hecho, lo que dicen aquí lo que comentan. La enfermera llegaba y sí me comentaba algo del paciente, ya tenía yo un abreboza de qué o por qué venía el paciente o me comentaba: “el paciente sufre de tal cosa, al paciente se le murió el papá hace una semana”. O sea, se me adelantaba a las cosas que yo iba a atender en ese momento. Entonces ese espacio no existe y nunca existió desde que yo llegué aquí.</p>
Entrevistador	¿Es importante mantener este espacio -la preconsulta y la posconsulta- como parte de la atención integral del paciente?
Entrevistado 6	Si

Entrevistado 2	La posconsulta si es importante para mí por la medicación, porque así no sea para largo tiempo no es lo mismo que se refuerce a la madre en cuanto al antibiótico, en qué condiciones, porque solo es 'una cucharita, media cucharita' y eso no es indicación.
Entrevistado 3	Por ejemplo, de la lactancia a qué hora le dices a una mamá cómo tiene que ponerse para dar el seno, o sea no, ¿a qué hora?. Si te preparas, pasa donde el médico y se te fue y tendríamos que tener para cada médico que salgas tú de cada consulta, una persona que haga la posconsulta porque si no, no.
Entrevistado 8	No vamos a alcanzar con una para 10 médicos
Entrevistado 2	Pero por ejemplo esto se traduce en algo. Las famosas charlas. Yo no veo que seamos muy charlones de nada, ni me gustan esas charlas. A mí no me importan porque muchas de las charlas son así: primero la matriz de la charla intramural
Entrevistador	¿O sea empezamos con una matriz igual?
Entrevistado 2	Primero verá le dan una matriz que dice ponga que charlas va a hacer en este mes. Ya. La otra es ponga las charlas que ya ha hecho, ponga las charlas que ha hecho afuera, ponga las charlas... no moleste, o sea yo a veces ya no sabía ni qué poner.
Entrevistado 5	Y tome foto...
Entrevistado 2	Tomes fotos y llene la asistencia
Todos los entrevistados	Y haga el informe
Entrevistado 3	Y de ese informe de charla, adjunte la lista de asistencia y de esa lista de asistencia cuántos eran hombres y cuántas eran mujeres
Entrevistado 2	Y le daban el cronograma de charlas
Entrevistado 8	Y cuántos son niños y cuántas embarazadas
Entrevistado 3	Ahora de esa encuesta de calidad de atención, que también nos toca hacer
Entrevistado 5	También nos toca hacer
Entrevistado 3	¿Así también nos toca hacer no cierto? Y por ejemplo en donde nosotros son 394 encuestas que llenar
Entrevistado 2	Pero ¿con cuántos ítems? Son 20 ítems
Entrevistado 3	Y le dividimos a 10 por cada persona porque si no, no vamos a alcanzar nunca de hacer las 300 y pico de encuestas ¿ya?
Entrevistado 2	Pero y ¿el llenado Deysi?
Entrevistado 3	Y para poder tener la encuesta no es que estás esperando que en realidad salga el usuario de la atención. Al que pasó ese rato, le dices siéntese aquí, ayúdeme a llenar la encuesta
Entrevistador	Así que tenemos el mismo tema con la calidad del dato, no es adecuado.

Entrevistado 8	No se puede confiar en esas encuestas porque si yo estoy a lado le dicen 'llené, llené'
Entrevistado 6	Claro nosotros mismo estamos interrogando al paciente y el paciente no va a querer hablar con nosotros...
Entrevistado 5	Es sesgado
Entrevistado 2	Nosotros vamos a los estudiantes, pero el objetivo no es ese, porque la matriz tampoco debe guardar eso... no le veo el objeto no hay un fin en esta matriz
Entrevistado 3	Es que nosotros les dábamos a los estudiantes a que hagan, pero ellos no le ponen interés,
Entrevistado 2	Qué le van a poner, ni nosotros
Entrevistado 3	A veces le ponían en edad a un niño, cómo un niño te va a contestar la encuesta, no contesta el niño contesta la madre y no sabían la edad de la madre, ¿qué tenían que hacer? más o menos calcularle.
Entrevistado 2	10, 4, que será más o menos unos 21
Entrevistado 8	Porque estoy a lado, creo de compromiso decían 10, 10, 10 licenciada y eso tengo que poner
Entrevistado 3	Y si te ponías a comparar y veías la encuesta y decía ¿Ud. Va a sugerir que vengan a este centro de salud?
Entrevistado 2	No
Entrevistado 3	Te ponían no y ¿a cuántas personas diría que vengan? A siete. O sea, primero te dice que no va a sugerir que vengan y luego te dice que va a decir que vengan a siete
Entrevistado 5	A las que no se llevan pues
Todos los entrevistados	Risas
Entrevistador	¿Qué actividades relacionadas con el cuidado de las personas piensa que ha dejado de hacer?
Entrevistado 5	El examen físico. Claro empezando por la preconsulta, la posconsulta, la prevención, la promoción, la rehabilitación
Entrevistado 2	La buena anamnesis
Entrevistado 5	Eso.
Entrevistado 2	Porque entran, me duele la cabeza y es que verá me duele acá. No, no, no; un ratito, tenemos 20 minutos qué es lo que más le duele de las tres cosas
Entrevistado 5	Ya se acabó.
Entrevistado 2	Haber la cabeza, suficiente, eso es una cefalea, salga. Se acabó le manda paracetamol.
Entrevistado 5	Tome un turnito para la lumbalgia

Entrevistado 2	Si le vuelve a doler coja un turnito por el 171. Atendido el paciente. ¿Cuánto? 15 minutos y hasta meter el PRAS 20. Pásame el siguiente. Se acabó. Eso nos hemos vuelto. Las anamnesis recuerdo que nos decían en las clases que era la base de todo lo que tenía el paciente, era todo. Ya no sabemos a dónde se irradia, no sabemos dónde fue el origen, ya no sabemos cuáles son los otros conectores ahora hasta mezclamos. Tanto así que mezclamos un tobillo con nariz y ahora qué doctor buscan ese nervio o tendón. ¡Que feo!.
Todos los entrevistados	Risas
Entrevistado 2	No. O sea, eso nos hemos olvidado. Ya no sabemos ni auscultar
Entrevistado 4	Y es que en verdad no estamos aplicando lo que estudiamos. Nosotros no estudiamos para teclear detrás de una computadora. Estudiamos para atender a una persona y deberíamos enfocarnos en eso. Me acuerdo que un día le fui a ver a la licen porque algo tenía que preguntarle, pero no me acuerdo ahora. Pero justo yo entré y la licen estaba pasando los datos de un niño y el familiar que estaba esperando para que le vacunen: “Solo en la computadora en vez de trabajar”. Le dijo eso a la licencia justo el rato que yo entraba le iba a pedir alguna cosa a la licen, y ella estaba pasando lo de vacunas, estaba registrando en la computadora no es que no estaba haciendo nada, pero las demás personas creen que estamos en la computadora sin hacer nada
Entrevistado 8	Y eso es lo que dicen que hacemos ...
Entrevistado 4	Ellos solo miran el rato que Ud. les vacuna, eso miran ellos, pero el resto no es obligación
Entrevistador	O sea, piensan que uds están dedicándose a otra actividad. A jugar prácticamente a algo que no sea atender. O sea que para el paciente es importante ver la acción del médico de alguna forma en el campo, o sea que se levante, que le examine
Entrevistado 2	Que le lleve a la farmacia, que le lleve a la otra consulta
Todos los entrevistados	Exacto, sí
Entrevistado 7	Y eso nos pasa a nosotros mismo, en el seguro pasa igual

Entrevistado 3	Pero hay otra cosa. Ahora tienes que estar atento al WhatsApp porque por el WhatsApp te están mandado un montón de información que cumplas con esto, que hay que trabajar con esto, que mandes esta información, que hagas tal cosa. O sea, y el rato que revisas el celular para ver que te han mandado, el usuario te dice: “es que claro Ud. pasa solo en el teléfono”
Entrevistado 8	Así dicen, sí
Entrevistador	O sea que a parte de un requerimiento...
Entrevistado 8	Es que el teléfono es trabajo
Entrevistado 5	Es que los chats son parte del distrito, con el teléfono trabajamos, no es que sea personal. En el chat hay información, incluyen las fotos de lo que hay y hacen. Y uno se olvida del teléfono, a mí me ha pasado, salgo del centro de salud llego al Quicentro, me coge el semáforo, prendó el teléfono y me regreso al centro de salud, vuelvo a abrir el Centro de Salud, me siento en la computadora, cierto que me olvidé de mandar la matriz de tal cual.
Entrevistado 5	Este teléfono ya no es personal, porque en realidad con los chats, la digitalización y la tecnología, ya es parte del trabajo
Entrevistado 8	Y es que no tenemos tiempo, tenemos tan copado el tiempo, que es mucho el trabajo que te exigen, vea la matriz y de un rato para el otro ¿no? Ahora es de un momento al otro.
Entrevistado 4	Ahora además de eso se incrementaron unas matrices, la solicitud de información se incrementó en tal cantidad, pero no se ha incrementado el personal. Somos los mismos
Entrevistado 8	A veces menos. En todo el año 2018 que estoy, he salido a visitar a cinco pacientes
Entrevistador	¿Por qué motivo?
Entrevistado 8	Porque las campañas, las vacunas son todos los días. Entonces cómo me van a evaluar el desempeño
Entrevistado 3	Imagínate hasta tenemos la campaña de vacunación canina
Entrevistado 5	Su extramural probablemente sea salud escolar, sea las vacunas, pero en las visitas domiciliarias tienen pacientes vulnerables. Ahorita, desde que estoy de administradora, mis pobres pacientes, excepto los paliativos que siempre les tengo que ir a visitar.
Entrevistado 8	La demanda de pacientes que tiene El Carmen es altísima

Entrevistado 4	Aparte hay que tener en cuenta que, por ejemplo, en el extramural, también están las campañas de vacunación; cuando se trabaja fuera del horario, luego también hay días de compensación, pero se compensan en horario. Entonces, el momento que se compensa de lunes a viernes a una persona de la unidad no es que solamente esa persona se fue; sino que los demás compañeros tienen que cubrir esta situación. Hagamos cuenta que: hoy no está la licenciada o no está el médico todos estamos cubriendo, pero eso también representa en los demás compañeros porque es un esfuerzo es una sobrecarga de trabajo
Entrevistado 2	De repente se olvidó de sacar; el Dr. está de vacaciones se olvidó los tres primeros días le quitan el call center. Entonces, ya va con los 24 del uno y los veinticuatro del otro
Entrevistador	Sea que aquí el call center sigue jugando un papel
Entrevistado 3	Pésimo. Te limita además
Entrevistado 1	Y es un enemigo al que no le podemos ganar [el call center], es invisible. El mismo día ya está suspendida la agenda en la mañana, pero mañana miércoles, no, a las 7 asoma 1 turno. No es frecuente, pero pasa
Todos los entrevistados	Sí pasa, sí pasa
Entrevistado 8 y entrevistado 6	Dobles turnos también
Entrevistado 6	A finales del año pasado de la nada aparecieron dos turnos. De la nada aparecieron dos pacientes agendados y cuando veíamos el listado, no aparecía el paciente. Pero le metíamos el código y 5 minutos antes el paciente había cogido el turno. Entonces, no hay una buena organización del call center para que, nosotros, como unidad operativa podamos funcionar y organizarnos y planificar y poder reemplazar a los pacientes y poder hacer el trabajo con la comunidad más llevadero porque ahí se generan las inconformidades, todas las denuncias. Hay pacientes que no saben de este sistema del todo, al 100% como lo sabemos nosotros. La gente piensa que es que simplemente no queremos darle el turno, no queremos atenderle. Entonces es más fácil llamar, generar la inconformidad. En El Carmen- llamamos: “queremos una inconformidad porque me han puesto un paciente... -no, es que eso no vale-“No podemos, nosotros no podemos.
Entrevistado 1	Pero es que eso está mal, porque somos servidores públicos, pero el usuario si puede. Verás, el problema con el call center es que no se puede hacer seguimiento al paciente. Porque este mes le ve una doctora, este mes le ve otro doctor y etc...
Entrevistador	O sea que el tiempo que usted destino al cuidado de ese paciente...
Entrevistado 1	Se pierde
Entrevistador	¿Por qué ya no lo ve?

Entrevistado 1	No, porque el otro profesional tiene otro plan terapéutico o no lo tiene, y se pierde. Entonces regresa a las 3 o cuatro consultas, estamos hablando que casi a los 6 meses a los 9 meses, el paciente está con otro medicamento diferente al que tú le habías indicado, está con otros diagnósticos que -probablemente no los tenga- y está tomando medicación que no la debería tomar
Entrevistador	Habían mencionado algunas actividades puntuales que consideran que habían dejado de hacer
Entrevistado 3	Solo una cosita más
Entrevistador	Dígame
Entrevistado 3	El call center no te permite que te cambies de domicilio. Si te registró q vives en la Atahualpa y ahora vives en la Lucha de los pobres no te cambia, o sea no te deja que vayas a atenderte allá porque constas en la Atahualpa. Entonces ahí, el pobre usuario quiere venirse a hacer atender en la lucha porque ya está viviendo cerca de ahí; ya no puede. Siempre le van a agendar en la Atahualpa
Entrevistado 1	Llega a la Atahualpa y entonces le preguntas: “¿en dónde vive usted? En la Lucha de los pobres; entonces vaya a la Lucha de los pobres;”
Entrevistado 5	Para concluir esto, a mí me preocupa que, lo que decía la Dra. Anita es cierto. Ahora la historia clínica -sabemos que es un instrumento legal-, el PRAS ahora, reemplaza a la historia clínica física. Y nosotros no estamos ni siquiera utilizando como instrumento desde la parte médica todo lo que es: la anamnesis, el examen físico, estamos partiendo de ahí que no estamos haciendo bien las cosas
Entrevistador	Este es el punto que quería retomar. Estas acciones específicas, o sea el examen físico, la anamnesis.
Entrevistado 5	No a la localización, lo que decía la Dra. el examen físico, a mí por ejemplo me pasa que por rápido hacer le pongo sin patología, todito sin patología. Y probablemente no es que yo le revisé

Entrevistado 1	<p>Mira, el PRAS, no se quién lo habrá diseñado pero la parte del examen físico, por ejemplo: el abdomen. Al abdomen lo podemos dividir o en cuadrantes o en las nueve regiones ¿no es cierto? No se sabe dónde ubicarla. Hablamos de tórax anterior y tórax posterior pero ahí no divide en región submamilar etc. Y eso hace que no tengas un dato preciso donde colocar el exámen físico. Ese es un dato. En revisión de aparatos y sistemas -por decirte – si colocas sin patología, se va media hoja de “sin patología”. Lo que ocasiona es que el profesional solo llene lo que te pide el PRAS que es la cédula, que sea un grupo prioritario, copias muchas veces los signos vitales porque de ley tienes que ingresar otra vez el signo vital, aunque le hayas visto ayer, tienes otra vez que pesarle y tallarle... y presión arterial y poner el diagnóstico; no puedes mandar en blanco. Pero en la parte legal sí, cuando yo veo (o te puedo imprimir como pdf), cuando veo, toda la historia que ya revisaste es una hoja en blanco.</p>
Entrevistado 5	<p>Es que el tiempo no nos da también. Hay que ser realista, el tiempo no te dé como para hacer...</p>
Entrevistado 2	<p>¿Pero hará bien el análisis? Después ya comenzamos a sacar tiempo cuando se viene la parte legal. Nosotros en Chimbacalle ya vamos pasando 3 situaciones legales dónde hemos tenido que hacer, esto que les comento: “anamnesis, dolor; pasa... dolor en abdomen, se va a la espalda (punto, nomas, pase al examen físico). Palpación profunda, dolorosa, ruidos hidroaéreos positivos”</p>
Entrevistador	<p>¿Cuánto tiempo creen que tardan ustedes en atender a un paciente, realmente, sin considerar el uso de la computadora o algún otro medio? O sea, en ¿contacto con el paciente cuanto tiempo...?</p>
Entrevistado 2	<p>Sin llenar nada póngale unos treinta minutos</p>
Entrevistado 1	<p>O sea en alguien que es primera consulta, no le conoces, sentándote a escucharle y a examinar. Si se va entre 20 y 30 minutos. Pero sin topar la computadora</p>
Entrevistado 2	<p>Una empatía, eso hemos perdido con el paciente. Por ejemplo ¿Qué hacía allá en Santa Bárbara? A mí qué me importaba ponía y llenaba en una hoja -todo lo que tenía-: “¿y cómo ha pasado, y su esposo?, entonces podía conocer al paciente, para que tenga confianza de volver pues, porque como no podía cambiar de domicilio tenía que verme quiera o no, todo el tiempo. Entonces esas son las circunstancias. ¿Cuántas veces ha habido pacientes -uno mismo- que van y le conversan barbaridades? ¿Cómo le digo al viejito? Es que me duele acá pero también desde ayer me estaba doliendo; más acá me duele esta otra cosa; yo creo que usted está mal de esto. Hemos dejado de ser esos aliados de los pacientes y eso nos ha hecho esta</p>

	clase de personas porque no éramos así, no éramos así y nos volvemos a veces hasta reacios.
Entrevistador	O sea, ustedes notan que el modelo de atención y el sistema de salud de alguna forma han transformado su acción como médicos y su relación con el paciente.
Entrevistado 1	El modelo de atención tiene una intención distinta.
Entrevistado 2	Mire Daniel, el modelo es excelente. Si uno se pone a leer el MAIS hay cosas lindas, hay protocolos hermosos; sí hay cosas buenas. Que nos ha echado a la basura es la política, que se ha mezclado con la salud. Eso nos ha botado a la basura. Porque nosotros no tenemos que salir a una feria para dar gusto a nadie – Las que hemos hecho, no por eso sino por salud- ¿cuántas veces nos hemos ido hasta pintar las casas de los pacientes? Pero eso ya no se hace ahora porque hemos perdido esa lógica de la salud porque es la política que pide no sé cuántas fotos; disculpe, no hay ninguna foto. No tiene por qué haber fotos.
Entrevistador	¿Solo se mide la acción, pero no se mide el resultado?
Entrevistado 8	Es político porque les toca ahora
Entrevistado 1	El llenado de las matrices es como cuando uno hace investigación en campo; entonces terminas haciendo la base de datos y dicen bueno: hubo tantas personas embarazadas, tantas están bien, tantos niños y en esto vamos a actuar. La de desnutrición si hacemos una retroalimentación, pero el resto ¿qué harán con las matrices? No sabemos en la zonal quién irá sumando como harán
Entrevistador	Entonces ustedes no conocen como es todo el flujo de información como para justificar su trabajo.

Entrevistado 2	<p>Pero la retroalimentación no puede ir con sanción. Ahora esa es la palabra que está en la boca de medio mundo y nos toca hasta repetir esa fea palabra a nosotros. Porque por ejemplo, aquí para evitar las matrices, se ha creado el chat de código rojo que en realidad, es algo que no es una ciencia, es algo que se hacía antes: el SIREM se manejaba boca a boca con los que eran dueños a veces horas del paciente; después es había que ser totalmente burocráticos, por eso empezó a morir más gente. ¡Ahora otra vez hemos vuelto a lo mismo !Oh; está en la nube la compañera, no le baja ningún dios de ahí. Si comienzo a hablar lo que he escuchado me sacan a patadas. Hemos perdido lo que es salud, que somos médicos. Eso siempre he dicho quiero volver a ser el simple médico que era antes .</p>
Entrevistado 5	<p>Eso de las ferias si me parece que hemos perdido también. Porque por ejemplo, estuve un tiempo en El Carmen y hacíamos las ferias en los lugares vulnerables y no repetíamos los lugares en dónde hacíamos, o sea la feria fue en el mercado, bueno la siguiente feria que nos toca hacer la hacemos en el ecológico porque los pacientes de ahí ya fueron captados ya vimos y o sea era la visión de cuántos diabéticos nuevos capté porque llevaba el grupo de diabéticos entonces era ¿Cuántos diabéticos? Y Ud. ¿cuántas embarazadas? Y así y con eso qué vamos a hacer y la gente, yo por lo menos veo, era motivada a. Pensaba vamos a trabajar este fin de semana, todos colaboraban. Ahora en cambio hasta nos obligan a ir y si es que el administrador no va justifique porque no puede ir</p>
Entrevistado 2	<p>Y la feria está llena con nuestros familiares</p>
Entrevistado 5	<p>Eso a mi punto de vista estamos perdiendo, el objetivo. Porque la promoción de la salud no es que estemos nosotros, es que nosotros vayamos a los grupos vulnerables. Por ejemplo lo he tomado ahora así, es un espacio para encontrarnos como soy nueva como distrito para ver quién es la doctora porque yo no he trabajado en el área, pero el impacto para la población, yo pienso que se ha perdido.</p>
Entrevistado 2	<p>Pero mire mi doc lo que había antes, cuando yo fui rural del área de Saquisilí era la base. Trabajaba en Tanicuchi, un día se cerraban los Centros de Salud, un día, todas las unidades ¿qué había ahí? Primero había el reporte de las vacunas, esto paso acá, esto acá, así vamos a mejorar. Éramos como 12 unidades, se me ocurre en la Ferroviaria estaba baja en cobertura de la Bcg, todas las unidades se unían para trabajar en esa y subir la cobertura de la Bcg de esa unidad, eso era lo importante, entonces pasaba así cada tema, al final había todo un consenso. ¿A quién teníamos que colabora? ¿Cuáles eran las unidades? ¿Qué nos faltaba? ¿Cómo que nos iba a empujar? La cabecera seguía atendiendo las emergencias y se hacía cargo, se alimentaba mejor, había una sola enfermera en ese tiempo que me acuerdo, ella se encargaba de todo, como ha sido en el distrito, de la información y se felicitaba a la unidad que había sacado mejores</p>

	coberturas y todo, o sea había alianzas, había salidas. Ahora me vienen a decir en servicios inclusivos y qué hecho por el personal, nada le dije en el día de la madre nos sacaron pateando. Ajá no pudimos ni comer el pastel y solo me quedó viendo. “Eeh vamos al otro punto”. Vamos al otro punto le dije.
Entrevistado 4	Así como estamos hoy reunidos a conversar. A darnos cuenta de qué estamos fallando, qué nos falta. Estos mismos espacios deberíamos tener en las unidades de salud y no tenemos
Entrevistado 5	Sí, justamente yo me comunico con mi personal así, les tomo la foto del Quipux y les mando al centro de Salud Turubamba, porque resulta que mando los Quipux y no leyó. La gente está tan saturada de tanta información, que alguna vez dijeron que van a sancionar a las personas que no abrían el Quipux recuerdo,
Todos los entrevistados	Sí se sancionó
Entrevistado 5	¿Si se llegó a sancionar?
Entrevistado 2	Claro, a los que estaban en rojo
Entrevistado 5	No ve, entonces no leen el Quipux, no leen el Zimbra. Ahora por último yo tomo la foto y les mando por WhatsApp y a veces ahí tampoco leen porque están con la paciente, están con la vacuna, están con el extramural y la información es tanta, pero el tiempo es poco
Entrevistador	Volviendo a lo que decía la doctora Cepeda y lo que dice Ud. en este intercambio de información, o sea a Ud. le ha tocado recurrir al chat, pero Ud. dice que estas experiencias...
Entrevistado 4	Nos deberían servir para buscar... Si este es el problema, esta va a ser la solución, ¿qué vamos a hacer?
Entrevistado 2	Así es
Entrevistado 4	Pero no tenemos el tiempo porque nos vienen a hacer la supervisión, servicios inclusivos, y nos dicen tienen que hacer a, b y c y nos dejan así. Una lista como de 20 puntos que debe Ud. cumplir y cada uno son con matrices, son con informes, con esto, luego viene nutrición y es otra lista de cosas que hay que cumplir, viene ahora las de ambiente y otra lista. Lo del funcionamiento, lo de los bomberos.
Entrevistado 2	Tenemos que hacer nosotros lo del funcionamiento, discúlpenme, pero o sea ni en mi casa hago. Yo no pago ni la luz de mi casa. O sea, sean lógicos, sean lógicos, esa es la parte que no entiendo que me pidan a mi hacer todas esas funciones, cuando ni en las casas se hace

Entrevistado 3	A cerca de las reuniones que decía la doctora. Lllaman al administrador a una reunión mensual
Entrevistado 1	Cada semana
Entrevistado 3	Cada semana. Y Ud. cree que se puede retroalimentar, socializar al personal, no. No se puede. A qué hora
Entrevistador	O sea, la información se queda ahí
Entrevistado 3	Se queda donde el administrador. Las cosas puntuales. Hay que hacer otra matriz, haga Ud. la matriz y hasta ahí llegamos
Entrevistador	O sea, hasta ahí llega la información, haga esta matriz y Ud. verá.
Entrevistado 4	Pero no es porque no se quiera transmitir, es que no tenemos el tiempo para reunirnos, es que cada uno tiene diferentes actividades, más nos demoramos en organizar, en planificar, en decir ya sabe el uno, ya sabe el otro, ya quedamos así, pasa lo del call center, que no respeta, pasa que alguien se enferma que es algo no previsto, hay que hacer las compensaciones, hay que hacer las compensaciones de los que trabajaron por la feria
Entrevistado 2	El enfermo jodido
Entrevistado 4	Se enferma alguien del personal, ¿a quién socializo? Si a veces estamos pocos, pocos, pocos, si a veces estamos viendo, como dice, quién va a poder. No hay tiempo para hacer, todo el mundo está saturado con las diferentes actividades que se tiene y entonces solamente nos dicen, este check list que le calificamos tiene que corregir todas estas cosas ya le venimos a supervisar, pero no nos dicen en qué tiempo, porque no es que nos van a dar más tiempo para hacer
Entrevistador	Dra. Cepeda, cuando Ud. me dice cada uno tiene un tiempo limitado para ciertas actividades hablamos de actividades relacionadas a la atención directa del paciente o a actividades burocráticas, es decir, al llenado de matrices o formularios o demás procesos
Entrevistado 4	La verdad ambas cosas porque no es que nos dicen van a tener Uds. un tiempo extra para hacer eso, mientras Ud. va atendiendo, llene. Supuestamente le piden informes, en la parte administrativa, me piden a mí, a las ocho, a las diez de la mañana, se supone que la parte administrativa se debería ver solo en la tarde, porque en esas horas ya no estoy con paciente.

Entrevistado 1	En el PRAS, yo quisiera que veas 100 historias clínicas y leas en las recomendaciones, la evolución que colocamos, de esas 100 historias clínicas, no habrán más de 10 historias que tengan más de 5 recomendaciones es mucho. Entonces ponemos el antibiótico, el analgésico o que se hizo la referencia y se va. Así y el que coloque más de cinco recomendaciones está haciendo una copia del Word que ya tiene elaborado y escoge términos, porque en niños he visto recomendaciones de adultos mayores. Sí. Porque cogió y pegó recomendaciones. Copia y pega. Entonces ese es el precio que nosotros pagamos más por estar llenando otros datos
Entrevistado 5	Es que somos sobrevivientes del sistema. ¿Qué podemos hacer? Porque justo decía antes, estadística llenaba los datos, nosotros hacíamos un parte diario y estadística llenaba todo lo demás y yo era más resolutiva en cantidad porque como dice la doctora, hay médicos que no saben ni siquiera bien el teclado de una computadora
Entrevistado 2	Hay como la mitad de las matrices que debe hacer en Google, pero no podemos porque tenemos Ubuntu, le manda del Ubuntu al Google y se destruyó, que también mandarían. Al Word.
Entrevistado 1	Y hay una fuente certera que yo conozco que me contó que la matriz la hacen en Microsoft, pero el rato que tú tienes que trabajarla es en Ubuntu y ahí se pierde los colores, las columnas, todo se pierde
Entrevistado 2	A parte que es feo, los compañeros de TIC's se han inventado un montón de cosas para no dañar las matrices, pero los compañeros son mágicos. Aquí no me deja meter y van, ven todo, le desbloquean y dicen: "aquí si ya me entró" y ellos se crearon su nueva matriz
Entrevistador	¿Qué piensa del cuidado que brinda a las personas o pacientes en relación al tiempo que dispone para su atención?
Entrevistado 5	Biologista, en su mayoría; limitado. Incluso dentro de lo biologista limitado.
Entrevistado 2	Y a lo mejor no es ni el diagnóstico real.
Entrevistado 3	Es que ahí lo que decía el Dr. Cruz, si hubiera más profesionales que estén mejor formados, que puedan hacer una clínica adecuada como decía [Ana], si es un dolor de cabeza y hago todo lo posible por ese dolor de cabeza, se la diferenciación entonces digo: esto puede ser.
Entrevistador	¿Ustedes piensan que este cuidado es de calidad, con el tiempo que disponen?
Todos los entrevistados	No
Entrevistador	¿es un cuidado adecuado

Todos los entrevistados	No
Entrevistado 8	No es personalizado también
Entrevistado 2	Y no es el adecuado
Entrevistador	¿Por qué no es el adecuado?
Entrevistado 2	<p>Porque, por ejemplo, como vuelvo otra vez, los pacientes Joaquín Gallegos Lara; no tengo que limitarme a ver si ya está en la sillita, si está en la otra cosa ¿Qué más quiere o hasta donde voy a llegar con ese paciente? Entonces de ahí sin planificar que es lo que voy a hacer con él y ah deberían servirme las instituciones que prestan otra cosa. A lo mejor hay pacientes que requiere no que les demos medicina, si no tener una recreación en otro lado que no sea en la cama en dónde están hacinados todo el tiempo. O requieren una persona que le movilice cada 2 horas ¿de dónde nos sacamos eso? Entonces, no avanzamos nada y volvemos a poner en la matriz "paciente se mantiene con escaras en la cama, se pide al familiar que le vire cada 2 horas" pero el familiar sale a las 6 de la mañana y regresa 10 de la noche</p>
Entrevistado 3	Es que ahí solo se pone del paciente ¿y el cuidador? El cuidador está hecho pedazos.
Entrevistado 1	Y la familia
Entrevistado 3	Es una persona que, si sale de la casa y no trabaja, no recibe el bono. Pero si trabaja lo poco que gana no le alcanza para cuidarle al paciente y para él mismo
Entrevistador	¿O sea que, en este tiempo, no solo se destina al cuidado del paciente como tal sin que también deben llevarse a cabo otras acciones, por ejemplo, con los cuidadores?
Entrevistado 1	Al menos
Todos los entrevistados	Con la familia
Entrevistador	O sea que quiere decir que el tiempo constriñe a que las actividades sean efectuadas sobre este individuo, pero no en su entorno ni en su familia
Entrevistado 2	<p>Por ejemplo, en el extramural, si es un trabajo un poco más agradable porque usted pierde esa limitación que usted tiene en el centro de salud bajo esas 4 paredes. Pierde eso porque ya hay otro aire, por lo menos camina. Llega donde el paciente y usted claro, apunta solo lo del paciente, pero también: ¿y cómo le va a usted? ¿Usted ya se ha hecho ver? "si es que veré y no sé cómo y no sé cuánto... es que mi esposo ya no trabaja, él ya no hace estas cosas" entonces espérese, en el centro de salud la señora estaba necesitando para esto. O sea, comienza a hacer otra clase de alianzas que no se ven dentro de la consulta interna</p>

Entrevistador	Este tiempo, en otro lugar, les permite también interactuar con otras personas que están inmiscuidas en estado de salud-enfermedad de este paciente.
Entrevistado 6	Lo que pasa es que ahí evaluamos el tiempo y, el tiempo que aplicamos en la extramural, es un tiempo hasta cierto punto libre. Dónde nosotros podemos realizar la atención al paciente y a su familia, sin limitaciones. No vamos a tener el problema en el intramural en consultorio donde ya tenemos al paciente que viene detrás, ya está corriendo el reloj, el call center el reloj, el reemplazo, el paciente de último minuto, la emergencia que llegó; no tenemos eso. En la extramural podemos nosotros programarnos, en todas las 8 horas del día, que vamos a hacer qué podemos planificar con este paciente, con su cuidador, con su familia, podemos hacer más cosas porque no tenemos la limitación del tiempo. No tenemos el: “en media hora tengo que acabar en esta casa” no, sino que yo puedo extenderme el tiempo que sea necesario para la atención dependiendo del paciente que yo vaya a atender porque hay pacientes que ameritan más tiempo que otros.
Entrevistador	¿Con esto ustedes piensan que la calidad de la atención en cuanto a las actividades extramurales es mejor en relación a la atención del paciente en el establecimiento de salud?
Entrevistado 6	Claro, de hecho, inclusive la parte de la extramural, a veces la complementamos con la intramural. Porque en el extramural, nosotros nos involucramos con toda la familia a veces con esta familia como que creamos un mejor nexo y, al crear este nexo, los pacientes van y nos buscan en la consulta “deme el pedido de laboratorios” O sea se van haciendo cosas que realmente no completamos en el extramural, se nos quedaron papeles, formularios, cosas en el centro de salud pero son pacientes que crean un nexo mucho mejor con uno. Hay una empatía mucho más grande con los pacientes del trabajo extramural.
Entrevistador	Por qué el relacionamiento ha sido distinto, no ha estado determinado por este espacio...
Entrevistado 6	Claro.
Entrevistado 3	Y no está de por medio la computadora.

Entrevistado 2	<p>Pero el trabajo, en Lloa. El PRAS llegó muy tarde porque no había el internet; bueno luego pusieron. Pero cuando trabaje allá, era otra cosa. No sé de dónde se sacó el MAIS que 4000 en la ciudad por equipo y en la parte rural es 2000. Alguna cosa, explicación lógica debe haber. En Lloa había 1700 pacientes, pero yo conocía las casas de los pacientes. Entonces, por ejemplo, vino un señor que era don Luis, se había caído, eran las 16:30 que ya estaba cerrando las puertas del centro de salud y se había roto aquí [señala la ceja] ¿qué me vino a la mente? No la herida de él sino cómo vino al centro de salud porque no hay transporte ¿y cómo va a volverse con la herida? Y toditos reaccionaban “abran las puertas del centro de salud; vuelva a abrir, vamos a curarle ¿cómo se fue?” Porque sabíamos cómo vivía y en donde vivía; entonces, ahí va la parte humana ¿no? No le puedo decir: usted llegó tarde, regrese, vaya a Chimbacalle ahí le atiende la Dra. Anita, le ha de hablar al inicio, pero de ahí le atiende. Entonces, no había eso, allá no había eso; no existía ese límite. Por decirle, no había el call center, no cogían turno porque antes se cogían personalmente ¿qué hacíamos nosotros? Al policía: “por favor ¿nos puede llevar en la camioneta? Con gusto [el policía] porque nosotras llevábamos comida par a que ellos coman mientras nosotros atendíamos entonces querían salir. Nos llevaba a San Luis y en San Luis empezaba desde la una casa, dos casas, tres, a toditos; a toditos en el día les iba revisando. Y muchas veces no era parte médica, que se le ha ido la gallina, que la vaca ha hecho esto, vea ahora estamos cosechando esto. Me acuerdo, una de las mejores comidas en San Luis, fue 5 huevos con un agua de cedrón que hace tanto frío ahí que cuando estaban los huevos hirviendo, nosotros les sujetábamos porque me moría del frío, pero verán que estoy hablando de huevos de gallina.</p>
Entrevistador	<p>He escuchado esta apreciación que tienen sobre las actividades extramurales. Pero claro ahí vienen un tema de autogobierno, yo cómo planifico mis actividades y qué tan capaz soy de cumplirlas ¿creen que todos sus compañeros tanto médicos como enfermeras ver a la actividad extramural como este espacio que les permita una mejor aproximación a los pacientes? O podría ser que utilicen las actividades extramurales como para librase de...</p>
Todos los entrevistados	De todo hay.
Entrevistado 8	Yo prefiero irme afuera que estar adentro con la presión.
Entrevistado 1	Preferible eso a llenar una matriz.

Entrevistado 5	<p>Será que soy estresada, pero a mí no es que me quite estrés el extramural, porque tengo tantos pacientes, que yo no me puedo demorar más de una hora en este paciente, porque tengo otro que ya está citado a tal hora, porque ayer llamé a 5, 6 pacientes y ya me voy a demorar, porque tampoco el número de equipos que hay son los adecuados para la población. Entonces yo por ejemplo me puedo decir, tengo que cumplir de 5 a 8 visitas, pero si yo me planifico una en la que encuentro riesgos biológicos, riesgos sociales, pacientes con discapacidades, donde no me entiende y me demoro más de lo que debo demorarme y son 8 pacientes, un paciente por hora. Entonces tampoco es que uno se libra del estrés porque trabajo tenemos cantidad y cuántos pacientes si estamos dejando de ver por priorizar.</p>
Entrevistado 3	<p>Y después de hacer el extramural toca llegar a hacer las matrices porque si pasas a salud escolar regresas a ingresar los datos de peso, talla de niños al PRAS para que puedas dar el antiparasitario, para que puedas dar todo lo que has hecho en salud escolar</p>
Entrevistado 5	<p>Y de nuevo estamos subutilizando las competencias de los profesionales. Por ejemplo, yo sigo insistiendo alguna vez cuando éramos áreas decía: hay alguien que no gana lo que yo gano y que podría digitar lo que yo no digito, para seguir atendiendo a alguien que se va a beneficiar de lo que yo sé y no sabe tal persona. No por menospreciar, yo escribo rápido en la computadora, pero hay bachilleres que escriben mucho más rápido y probablemente en tiempo y en costo no es más eficiente que los médicos estemos siendo responsables de toda la información generada eso, por un lado. Y para responder tu pregunta yo quisiera saber qué no más es cuidado porque si me preguntas a mí, el cuidado de un paciente no es solamente biológico</p>
Entrevistador	Exactamente, ese es el punto

Entrevistado 5	<p>Es biológico, es psicológico, es social y para evaluar integralmente al paciente como cuidado, no es solamente verle la amigdalitis o verle la fractura, es verle al paciente con todo dentro de sí y psicosocial. ¿Y su familia? Cómo está en su familia en su entorno en su microred y cómo está en su macrored, cómo están sus redes de apoyo, dónde vive, vamos a ver dónde vive. ¿Qué más podemos hacer? Promoción, prevención, rehabilitación, o sea si tú me preguntas ¿qué dejamos de hacer por el cuidado del paciente? Es que estamos dejando de hacer todo, tanto en el intramural como en el extramural. Para complementar lo que yo te decía antes, porque también en el extramural, yo pocas veces, como ahora soy administradora, salgo a ver a mis pacientes. Hice un barrido donde captamos pacientes vulnerables, pacientes diabéticos, pacientes que no llegan al centro de salud y de esos cuántos que he logrado ir a ver, he logrado que el equipo vaya, exagero si son 10%, porque no tenemos tiempo. No es que no hacemos, todo el mundo tiene sus ocupaciones y realmente estamos dejando de hacer el cuidado.</p>
Entrevistador	<p>Justamente ese es el cuidado y esa es la categoría a la que estoy recurriendo en la tesis, es un término propuesto por Emerson Elías Merhy y Julio Batista. Entonces esta posición del cuidado es una posición epistemológica de la cual yo tengo una posición, me veo como un actor, un sujeto frente a otro sujeto. En el caso del cuidado soy una persona que está sufriendo que no necesariamente es una afección física, es sufrimiento, sufrimiento en general y como yo destino mis actos, o como puedo desarrollar mis actos para que esa persona mejore, para que esta persona pueda sentirse feliz, pueda vivir de una manera digna y se sienta cómoda consigo misma, no se refiere cuidado únicamente al tema biológico o a tratar una patología específica con un medicamento específico, si no, más bien a esta relación intersubjetiva que se da en este espacio de consulta que pretende que yo como médico realmente me sensibilice ante una persona que acude a mí por ayuda, que está sufriendo, que todavía no conozco cuál es la causa de su sufrimiento, podría ser que no sea biológica como hemos establecido en este momento, pero puede ser que todas las acciones que yo estoy destinando o desarrollando hagan que esta persona se sienta con menos sufrimiento, se sienta mejor entonces el cuidado es todo esto, el cuidado no es solo una prescripción terapéutica.</p>
Entrevistado 7	Por eso le digo el extramural nos permite eso.
Entrevistador	Perfecto.

Entrevistado 2	Porque, por ejemplo, en Lloa nosotros sabíamos quién era cada persona. Por ejemplo nos decían el número de guaguas que tienen entonces decíamos el de acá y el de acá, así solo en la mente y conocíamos a toda la población. Eso es lo que debemos hacer, el médico tiene que saber su entorno, si son dos cuadras, bueno pues esas dos cuadras son nuestras, pero no nos pueden venir a decir “vea ahora le damos todo este espacio” y ni si quiera el que tenemos nos alcanzamos. Entonces ya no voy con el mismo gusto, ahora nosotros tenemos instalaciones pésimas.
Entrevistador	Entonces el territorio es fundamental, la provisión de arquitectura.
Entrevistado 2	Es lógico.
Entrevistado 4	Volvemos a caer en lo que dijimos hace un momento, no tenemos los grupos de MAIS que deberíamos tener para atender a la población que nos han designado.
Entrevistado 1	Es que la población tampoco es estática.
Todos los entrevistados	Lógico.
Entrevistado 4	Entonces todo el trabajo que uno se realiza a veces se puede realizar un barrido y vienen y le dicen ya acabé el barrido ya acabé, vienen al siguiente mes, la población ya se fue, otros ya vinieron, entonces la teoría está solamente en el MAIS, pero en la práctica no. Así como nos exigen números, deberíamos tener los recursos
Entrevistador	O sea, hay disociación entre lo que dice el MAIS y la práctica

Entrevistado 5	<p>Otro de los problemas también es cuando se intervienen políticas desde el nivel superior. Por ejemplo eso de que vayamos a ver a los Gallegos que hoy les hemos topado, no tenemos mayor cambio de un mes al otro y tengo pacientes en edad productiva, que están vulnerables que no toman medicación, que pueden a corto plazo ser insulino dependientes o insuficientes renales o alguna cosa. Estamos dejando de ver la prioridad médica porque mi objetivo es cumplir con estos 5 con estos 7 Gallegos Lara porque si no me sancionan, si la matriz no está hecha, si esto no está, entonces dejamos el criterio médico y el de bienestar de la comunidad individualizado por cada profesional, porque estamos institucionalizados en lo que la política nos dice, tenemos que hacer esto, tenemos que hacer el otro, ¿ya cumplió las matrices? Me pasa a mí. Ya tenemos lo de Gallegos, ya tenemos la del Mies, ¿ya cumplió? Ahora sí veamos a los pacientes en mi consulta, que yo creo ameritan, a corto plazo una intervención biopsicosocial o familiar, o que le están maltratando o que no le dan de comer, está desnutrido el niño. Hemos dejado de ver el criterio por institucionalizarnos, por seguir normas, por seguir reglas, por seguir matrices y por todas estas cosas, exigencias que han dejado que la consulta médica y el profesional haga medicina, hagan un cuidado adecuado.</p>
Entrevistado 2	Los 4000.
Entrevistado 7	Pero no es así, tampoco es así es mucho.
Entrevistado 2	Pero tampoco es así, es mucho, eso digo.
Entrevistado 7	Tampoco es así, porque mire en Lloa tiene un MAIS completo para su población y las circunstancias siguen igualitas que el resto.
Entrevistador	¿Qué hace falta considerar en el tiempo destinado al cuidado de las personas o pacientes? ¿Qué piensan Uds. que hace falta incorporar?

Entrevistado 2	<p>Las normativas, reglas y un montón de acuerdos y soluciones que deben hacer del primer nivel, no del tercero, la base tenemos que ser nosotros porque ¿quién está en el campo? Y es el 70% de la entrada de los enfermos de lo que sea, al segundo y tercer nivel es el primer nivel. Entonces nosotros ponemos las normativas, nosotros ponemos los acuerdos, no el tercer nivel. No debería ser así. Porque a alguien se le ocurre, está en el del VIH, matriz para el VIH y la prueba hay que hacer a todas las mujeres. Ratito tenemos tanta población nosotros podemos ver en cuánto nos movemos, cuántas embarazadas, aparte de todo, lo que una embarazada implica. Es una paciente que, no sé si el embarazo les hace un poco mentirosas o qué será porque nunca nos dan la dirección de la casa justa, las unidades operativas sufrimos de eso, ellos tienen que designarles, un ratito nosotros tenemos tantas escuelas, la salud escolar debe ir de la mano de otra cosa, no de lo que hacemos. Llega le ve, le examina, el niño fue violado, nunca nos habló porque no le dimos más de cinco minutos, en la inspección esa rápida que se hace y ¿qué le vemos? Lo que no debemos verle. El ojo qué pasó con el ojo, ya viéndole así, no pasa nada, le ven la oreja, nada, baje a lengua, se acabó el examen físico del niño. ¿Qué pasa en la parte del resto de la criatura? ¡y todavía en un aula! Entonces, desde ahí, ante los niños nosotros perdemos credibilidad y llegamos todavía hacerles sufrir con las vacunas. Completos.</p>
Entrevistador	<p>Es importante organizar el tiempo en función del territorio; de las características como establecimiento y las características de la población</p>
Entrevistado 2	<p>Vea Daniel hay territorios que tienen 10 escuelas y acá no tienen nada. ¿Qué pasa ahí? Ni siquiera alcanzamos a verle a la una escuela. Sólo la réplica 24 de mayo o el colegio Quito de nosotros, es una barbaridad; ¡El Montufar! Yo no sé ni cómo entrarán, yo prefiero trabajar con los bien chiquitos que, con los adolescentes, es complicado el adolescente, es complicado. Entonces, esas cosas hay que hacer. Nosotros tenemos que plantear y decir: así se mueve el primer nivel, estas son nuestras condiciones</p>
Entrevistador	<p>Pero por ejemplo en este caso, hablamos de los 20 minutos, hablamos también de unas normativas que están dadas en planta central y claro, le dicen tiene 20 minutos, pero complete este listado de actividades que yo les estoy diciendo. Entonces, el tiempo en la consulta debería estar destinado ...</p>
Entrevistado 2	<p>A la consulta</p>
Entrevistador	<p>¿Cómo? ¿Qué elementos debería incorporar? para decirle: este es el tiempo que yo necesito</p>

Entrevistado 1	Veras, si tuviéramos una buena máquina, si tuviéramos un buen internet, [todos asienten con la cabeza] si no hubiera tantas interrupciones del ingreso y salida del personal de enfermería de farmacia, convocatorias a reuniones...
Entrevistado 4	Y eventos que no están programados
Entrevistado 1	Yo creo que unos... podría ser casi mitad mitad. Podría ser de 20 minutos, unos 12 [minutos] para consulta y unos 8. Pero no alcanzas, porque te quedas con el PRAS suspendido y en el resto de las matrices se te van los 20 minutos y la atención al paciente ¿que será?
Entrevistado 2	En el SISVAN no más
Entrevistado 1	¿Daremos unos 4 o 5 minutos de atención real?
Todos los entrevistados	Si.
Entrevistado 1	De verle un ratito y hacerle la receta y decirle: esto tiene que tomar, nos vemos, hasta luego. Debe ser 5 minutos, exageradamente
Entrevistador	¿Ustedes llegan a conocer algo del paciente?
Entrevistado 4	<p>En algunos casos uno trata de tener una mayor empatía, uno trata de obtener información. Pero también hay que entender que, si uno se pone en el lugar del paciente, no es que el paciente va a llegar y le va a contar toda su realidad o sus verdades no es cierto. Él también tiene que ver la predisposición de la persona que va atender No puede ser que un profesional sea malo o no le haya dedicado el tiempo de la consulta, sino que simplemente en ese momento estaba copado como dice la doctora y no le dijo nada. Todas esas cosas también influyen. Pero hay veces que, si solo nos involucramos un poquito más con el paciente, empezamos a descubrir un montón de cosas que también le van a afectar y le van a interferir en la vida y la salud del paciente. Pero eso deberíamos hacer con todos, pero el tiempo no nos da. Hay cosas que no están previstas, por ejemplo, lo que decía Anita hace un momento; no estuvo previsto esto de las pruebas de VIH y, sin embargo, al decir que cada centro de salud debe hacer x número de pruebas eso ya involucra que se saque gente, que se movilice. Eso involucra mover gente, quita tiempo y todo el mundo deja de hacer una actividad para hacer otra que no estaba prevista. Entonces, en realidad las programaciones que hacemos del mes es una farsa porque usted pone una cosa en la programación, pero, como vienen órdenes directas, que ellos no planificaron y a nosotros nos caen. No planificaron x cosa: haga esto; no planificaron x cosa: campaña de esto, alguna cosa, va a hacer esto. Toda la programación que usted hizo no sirvió para nada</p>
Entrevistador	Ósea no hay planificación pese a que se planifique

Entrevistado 4	Nosotros hacemos la planificación, pero viene la planificación de arriba
Entrevistado 2	<p>No sé qué les estarían evaluando ¿vitamina A? ¿Qué mandaron? Charla de la vitamina A ¿Cuántos profesionales...? Hasta el mediodía entregar ¿Quién hizo? ¿Quién vio? Que no sé qué... ese rato todos sentados, siéntese. Ya sí, la foto, así la otra foto.... No está bien. No teníamos ni 2 horas para presentar esas cosas. No le miento, a nosotros en Santa Bárbara nos faltó unas barbaridades de cosas yo me saque el mandil y me tome la foto, de ahí me puse el mandil, era otra foto. La compañera se sentó allá y así estemos frente a Martita, que es quien consolida las cosas, también tienen que saber que las cosas muchas veces son hechas así. ¿Hay fosos? Sí, si ha hecho la charla. ¿Quién tomó fotos? Nadie, es que mi celular no servía. Señores un ratito una foto “clic”, no es así el trato a la gente, eso es absurdo. A mí no me importa que me tomen ninguna foto, ni ningún listado ni ninguna matriz si me van a tratar bien; pero el paciente eso ve. En el hospital, yo recuerdo, tenía así en la memoria hasta los datos de laboratorio porque nosotros teníamos pica con los residentes y el que más sabía en la cabeza...uno leía, Así éramos en nuestro tiempo, ahora no nos acordamos de que hicimos antes de ayer. A mí me piden una evaluación de una hora ¿Qué hice en una hora? Me sentí tan frustrada, ¿Qué hice en esa hora? He evaluado una cosa, me fui a ver hasta en las cámaras que hay en Chimbacalle. La matriz de servicios inclusivos me parece la más horrorosa, la más nefasta, no tiene nada que ver con lo que ellos quieren. Nos dice ¿qué han hecho ustedes por mejorar la actividad del usuario interno? ¿Podremos hacer algo? No he sabido, pero le festejamos a una señora porque ya se fue y nos fuimos todos al velorio del otro compañero ¿y tienen fotos? -me dijo-</p>
Entrevistado 8	<p>Yo si podría decirle estamos viendo sólo del paciente ¿y de nosotros? ¿Dónde está? ¿Cómo ha influido el impacto de este trabajo administrativo y de cuidado con las familias? Porque, por ejemplo, nosotros no más, El Carmen, los servicios inclusivos son los calificados tipo A, pero en el Distrito somos tipo B ¿qué tal? Bueno y.... es político ¿no? porque es lo que ha influido: bajar una agenda de la mañana a la tarde porque no es que va a tener urgencias ni emergencias por que la agenda del médico es repleta. Más bien ha interferido en el trabajo extramural de nosotros porque usted llega a las 10 de la mañana hasta preparar para salir a las escuelas ya son las 11:30 hasta llegar ¿Qué ha trabajado? Una hora, pudiendo tener ese equipo que podría trabajar en la mañana dando atención de calidad. Llegamos a las 11:30 y ya se van a las 12:30</p>

Entrevistado 5	Solamente para acotar. Cuánto es por ejemplo, en los modelos de atención primaria a nivel de países, uno de los modelos a seguir es Canadá, 460 mil familias por un equipo y dice que no importa que si solo son una pareja de casados sin hijos igual son una familia, si ellos tienes de 1 a 2 hijos no son (inaudible) Claro que no estamos en Canadá, donde la educación es peor, la educación en salud de la población estoy diciendo. No puede ser posible por ejemplo que en una paciente embarazada que haya sido recientemente transferida, no sepa si fuma, si se haya hecho un control, que venga con preclamsia, sin controles, sin vacunas, sin carnet, también es porque estamos luchando frente a la cultura de la sociedad en la que estamos, donde la salud no es ahora muy valorada digámoslo así
Entrevistador	Piensa usted que ¿podría ser un modelo asistencialista el que nosotros tenemos implementado, un modelo paternalista?
Entrevistado 5	En ningún país del mundo la Constitución dice que tiene derecho a todo. En Canadá no tiene derecho a todo en donde la atención primaria, voy a repetir, es uno de los modelos a seguir. ¿Por qué hasta dónde puede darle el Estado a Ud.? Aquí el Estado dice que puede darle todo y hay conflictos en el Ministerio de Salud Pública con demandas que ganan los usuarios frente al Ministerio porque son enfermedades rarísimas, que son 2 o 3 personas, súper caras y el Estado como la Constitución dice que te tiene que velar porque todo esté le da y pierde el juicio porque nuestra Constitución es demasiado paternalista versus otros modelos de atención más realistas
Entrevistador	De acuerdo. Agradecimientos.