

José Miguel González-Andrade; Marcelo Jorge López-Mesa

[DOI 10.35381/cm.v7i3.583](https://doi.org/10.35381/cm.v7i3.583)

## **Red de Salud Pública: distribución y estructura de unidades de salud en Cuenca, Ecuador**

### **Public Health Network: distribution and structure of health units in Cuenca, Ecuador**

José Miguel González-Andrade  
[jose.gonzalez.08@est.ucacue.edu.ec](mailto:jose.gonzalez.08@est.ucacue.edu.ec)  
Universidad Católica de Cuenca, Cuenca  
Ecuador  
<https://orcid.org/0000-0001-5881-4582>

Marcelo Jorge López-Mesa  
[marcelo.lopez@ucacue.edu.ec](mailto:marcelo.lopez@ucacue.edu.ec)  
Universidad Católica de Cuenca, Cuenca  
Ecuador  
<https://orcid.org/0000-0002-9158-5184>

Recibido: 15 de agosto de 2021  
Aprobado: 15 de noviembre de 2021

José Miguel González-Andrade; Marcelo Jorge López-Mesa

## RESUMEN

El sistema nacional de salud ha ido respondiendo a los cambios y a las distintas situaciones de crecimiento del país, lo cual ha constituido un gran reto desde su concepción, desarrollo, estructuración y avance. La Red de Salud Pública, cuenta con Unidades sanitarias: de tipología A, B y C, de acuerdo a su competencia de resolución y grado de complejidad en el 1er Nivel. De la misma manera cuenta con Unidades de Salud de Segundo Nivel: hospitales del día, hospitales básicos, hospitales generales, dependiente de los servicios ofertados mediante su cartera de servicios: Y también cuenta con Unidades de Salud de Tercer Nivel: hospitales especializados, en los cuales se realizan procedimientos de alta complejidad, especialidad y subespecialidad, todos ellos distribuidos en redes de salud, pudiéndose considerar el cumplimiento parcial del contenido obligatorio de gestión de salud.

**Descriptores:** Bioética; ciencia y sociedad; política de la salud; lucha contra las enfermedades. (Palabras tomadas del Tesauro UNESCO).

## ABSTRACT

The national health system has been responding to changes and the different growth situations of the country, which has been a great challenge since its conception, development, structuring and progress. The Public Health Network has health Units: typology A, B and C, according to their resolution competence and degree of complexity at the 1st Level. In the same way, it has Second Level Health Units: day hospitals, basic hospitals, general hospitals, depending on the services offered through its portfolio of services: And it also has Third Level Health Units: specialized hospitals, in which which procedures of high complexity, specialty and subspecialty are carried out, all of them distributed in health networks, being able to consider partial compliance with the mandatory content of health management.

**Descriptors:** Bioethics; science and society; health policy; disease control. (Words taken from the UNESCO Thesaurus).

## INTRODUCCIÓN

El Sistema de Salud Nacional, en relación a sus responsabilidades y obligaciones ha debido ir respondiendo a las situaciones de desarrollo del país, lo cual ha constituido un gran reto desde su concepción, desarrollo, estructuración y avance.

Como lo describe el historiador y académico ecuatoriano German Rodas Chaves en su ensayo referente al análisis de la situación histórica de la salud y de la enfermedad suscitada entre los Siglos XIX y XX correspondiente a las ciudades de Quito, Guayaquil y Cuenca, en el cual, se describe la evolución de la salud, que desde la época de la colonia, aún después de la emancipación española, a inicios del nuevo estado soberano entre los siglos XVIII y XIX, se consideraba que la salud estaba relacionada íntimamente con la religión Católica y la creencia en Dios, se cría que solo eran merecedores de ella, quienes se encontraban en gracia de Dios, como un don divino, y se consideraba a la enfermedad como un castigo o una prueba del cielo, necesaria para purificar al individuo. Esto debido a la gran influencia e imposición española y la religión católica, de esta manera, era la iglesia católica quien debía preocuparse por la salud como un beneficio para todo buen cristiano, mas no el gobierno, condenando a la población a soportar: enfermedades, plagas, epidemias y condiciones de salud deplorables. (German Rodas Chaves, 2015, pág.7)

Es así, como se comienza a gestar la consolidación sanitaria pública ecuatoriana. Durante el siglo XX se realizan las construcciones de los primeros hospitales y sanatorios a nivel nacional. Los representantes del país crean las carteras de estado, entre ellas, la relacionada con la salud, como un servicio público y gratuito para los ciudadanos ecuatorianos. Dando prioridad a la atención preventiva de salud, con la finalidad de priorizar y precautelar la convivencia de individuos sanos.

Es a inicios del Siglo XXI, que el Ecuador, siguiendo el modelo de políticas de salud pública de países como: Chile, España, entre otros, como lo detalla la Dra. Carina Vance

José Miguel González-Andrade; Marcelo Jorge López-Mesa

M. ex Ministra de Salud, mediante Acuerdo ministerial 00005169, se reestructura el sistema nacional de salud pública, Implementado el lineamientos de guía de atención de sanitaria con enfoque Intercultural, Familiar, Comunitario e integral, que desde ahora y en adelante lo denominaremos por sus siglas como MAIS – FCI, en el cual se sustenta la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R), dirigiendo los servicios de salud con un enfoque priorizando hacia la promoción y cuidado integral de la salud, previniendo las enfermedades tanto: individual, familiar y comunitaria, necesario para ello la consolidación de forma integral y optima de la Red (RPIS) la misma se encuentra integrada por la suma y articulación de unidades de salud, dispuestos de la siguiente manera: centros de salud de 1er nivel, hospitales básicos y generales de 2do nivel, hospitales especializados de 3er nivel y unidades de investigación de 4to nivel. (Carina Vance, 2014, pág. 5)

### **Modelo Integral de atención de salud, estructuración de Red de Salud Pública a nivel nacional**

El estado ecuatoriano, en el marco de sus garantías constitucionales dirigidos a la salud, bienestar y el buen vivir de los ecuatorianos, genera políticas de salud orientadas a garantizar los servicios públicos de salud con enfoque comunitario, familiar, intercultural, social e integral desde la promoción, prevención hasta la curación y rehabilitación de salud, todo esto es posible mediante la articulación de varias carteras de estado denominados Ministerios: Educación (MINEDUC), Salud Pública (MSP) y también por el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), sin embargo es este último el que se encarga de: estructurar, organizar y administrar la salud publica en el Ecuador, es por ello, que sus atribuciones como lo indica el Estatuto de organización y gestión por procesos del MSP, Acuerdo Ministerial 1034” es ejercer la rectoría de gestión en la salud pública, mediante la gobernanza, vigilancia y control sanitario, garantizando así la salud de los ecuatorianos, a través de la provisión, prevención, promoción de los servicios de salud (Acuerdo Ministerial 1034, 2012, pág. 1-2).

José Miguel González-Andrade; Marcelo Jorge López-Mesa

El estado ecuatoriano vela por los derechos de sus habitantes, la salud es un derecho fundamental, que va ligado a la práctica de otros, como, por ejemplo, el derecho a la educación, alimentación, trabajo, etc. Estipulado en el artículo 32 de la constitución del Ecuador.

La Red de Salud Pública (RPIS) como parte primordial del Sistema de Salud, se conforma por la articulación de los subsistemas de salud, entre ellos: MSP, IESS, IESFFA e IESSPOL y con otros, los cuales mediante vínculos técnicos, operativos y jurídicos complementan el sistema nacional. En este marco, la conformación de la estructura de la salud pública, está definida por los estatutos técnicos y legales contemplados en el MAIS FCI. (2015, pág. 19).

### **Modelo de gestión MSP**

Es misión del estado asegurar la idoneidad de los servicios de salud ofrecidos a los ecuatorianos, a través de la atención oportuna y eficiente brindada por el MSP. Lo que está avalado por la Secretaría Nacional de Planificación del Ecuador (SENPLADES), en la reforma democrática del estado. Esta cartera de Salud, con sus facultades de autoridad sanitaria nacional, mediante el Acuerdo Ministerial 5169, gestiona la administración, en función de los requerimientos nacionales, para ajustar los territorios de forma adecuada de distritos y zonas.

A nivel zonal, cada coordinación, asume competencias como Autoridad Sanitaria en territorio desconcentrado, fundamentalmente sus responsabilidades están basadas en cinco procesos fundamentales para la gestión, conocidos como procesos agregadores de valor. (MAIS-FCI, 2015, pág. 21 – 23) estos son:

- Gobernanza.
- Promoción.
- Provisión de servicios.
- Vigilancia.
- Garantía de la calidad de los servicios.

José Miguel González-Andrade; Marcelo Jorge López-Mesa

A nivel distrital, cada dirección distrital, está sujeta a competencias como representante de salud, en territorio desconcentrado con menor población en referencia a las coordinaciones zonales, la administración en las direcciones distritales está gestionada mediante las atribuciones de tres procesos (MAIS-FCI, 2015, pág. 21 – 23)

- Promoción.
- Vigilancia
- Provisión y Calidad (MAIS-FCI, 2015, pág. 21 – 23)

Se ha implementado en el Ecuador un plan de salud, para el óptimo funcionamiento de la RPIS. La red de salud se compone por la articulación de unidades de salud del MSP, del Instituto del Seguro Social tanto general como campesino (IESS), (SSC), la policía y el ejército, como se encuentra indicado en la constitución, en el artículo 360.

Según los artículos 360 y 362 contemplados en la constitución, la salud de los ciudadanos debe respetarse y otorgarse como un derecho, por otro lado, la atención de salud debe gestionarse y cumplirse como una asistencia pública.

Para ingresar al sistema de salud y obtener sus servicios, el MSP conforma los Equipos de Salud (EAS), quienes son el primer contacto con los pacientes y la comunidad, dependen administrativa y técnicamente de los centros de salud del 1er nivel.

Para la disposición de los grupos EAS, es necesario contar con un galeno, un enfermero y un técnico en el área de la salud, cuya responsabilidad es el vínculo entre los servicios de salud y la población, (MAIS-FCI, 2015).

Debiéndose cumplir con los siguientes criterios:

- En las zonas urbana, según la población, por cada 4.000 habitantes debe existir 1 equipo EAS y en las zonas rurales, por cada 1.500 a 2.500 pobladores, debe existir 1 equipo EAS.

José Miguel González-Andrade; Marcelo Jorge López-Mesa

- Los profesionales de la salud conforman los EAIS, quienes, dan atención en las unidades de 1er nivel asignadas.
- Los puestos de salud, prestan atención por el EAIS en unidades operativas ambulantes, a comunidades alejadas que consten de hasta 3.500 habitantes.
- Los centros de salud de tipología A, cubren una población de hasta 10.000 habitantes; cuentan con servicios ambulatorios como: sala de operaciones de baja complejidad, área administrativa, área de estadística y archivo de historias clínicas, área para la toma y recepción de muestras laboratorio y consulta externa de medicina general, odontología y psicología, esta última de manera itinerante.
- Los Centros de Salud de Tipología B, cubren una población de 10.001 a 50.000 individuos, cuentan con servicios de los centros tipo A y adicional a ellos, se suman consulta externa de medicina familiar, sala de procedimientos de mediana complejidad, laboratorio clínico de baja complejidad, área de imagenología únicamente rayos X y ecografía, área de vacunación y área de fisioterapia.
- Los Centros de Salud de tipología C, cubren una población de 25.001 a 50.000 personas, a más de los servicios de los centros tipo A y B, los tipo C cuentan con servicio de emergencias, área administrativa, área de fisiatría, salas de unidad de alumbramiento y recuperación, consulta externa de especialidades de ginecología, pediatría y calificación de discapacidad.
- Las Unidades Móviles, son unidades de atención ambulatoria, también existen los hospitales móviles y las unidades móviles quirúrgicas.
- Los Servicios de Transporte y Asistencia Sanitaria, corresponden a las unidades operativas móviles de atención pre-hospitalaria y del sistema de referencia, contra referencia y derivación denominadas unidades de transporte secundario. (MAIS-FCI, 2015, pág. 36)

José Miguel González-Andrade; Marcelo Jorge López-Mesa

A nivel zonal, la red de salud, está conformada por la articulación y dinámica de las micro-redes y de los hospitales: Básicos, Generales y de Especialidades, del 2do y 3er nivel. Cumpliendo el protocolo de existencia de camas hospitalarias, en el cual debe cumplir por cada mil habitantes la existencia de 2 camas incluyendo las camas para diagnósticos de alta complejidad, según su perfil epidemiológico. (MAIS-FCI, 2015, pág. 37)

De acuerdo a las competencias por nivel de gestión del MSP en concordancia al cumplimiento de los lineamientos de Red de Salud, como se indica en el Acuerdo Ministerial 5169.

Las competencias y atribuciones de gestión del MSP a nivel distrital son:

- Regular las actividades y servicios de salud
- La conformación y administración de redes de salud en sus diferentes niveles y sus flujos.
- Dirigir y normar los servicios de salud de la RPIS
- Regular y controlar los establecimientos privados.
- Organizar la prestación y promoción de los servicios de la salud integral.
- Fortalecer la participación de los habitantes como actores de la salud.
- Regular el Subsistema de referencia y contra-referencia Distrital.
- Articular la RPIS y la RPC.
- Monitorear y realizar el seguimiento de la integración de la Micro-red. (2015, pág. 41-42)

Es así como el Ministerio de Salud, mediante los procesos fundamentales o agregadores de valor y su distribución territorial en coordinaciones zonal y en direcciones distritales, ejerce la gobernanza del sistema nacional de salud pública.

### **La existencia y estructuración de las unidades de la Red de Salud en Cuenca**

El Cantón Cuenca, como lo detalla la Secretaria Nacional de Riesgos en su estudio en conjunto con la Universidad de Cuenca, pertenece a la provincia del Azuay, se encuentra



José Miguel González-Andrade; Marcelo Jorge López-Mesa

ubicado en la parte sur de la cordillera de los Andes, es la capital Azuaya, es considerada como capital cultural, por su denominación como patrimonio Cultural de la Humanidad el 01 de diciembre de 1999 por la UNESCO. (Secretaria Nacional de Riesgos, 2013, pág. 12)

El Cantón Cuenca es uno de los 15 Cantones que conforman la provincia del Azuay, siendo el más grande en extensión territorial y en población, se encuentra ubicado en la parte noroeste de la provincia, geográficamente en las coordenadas 2°39' a 3°00' de latitud sur y 78°54' a 79°26' de longitud oeste, a una altura sobre el nivel del mar entre los 100 a 4560 m., su área urbana se encuentra a una altitud de 2560 sobre el nivel del mar.

Según el censo de población nacional el cual se realiza bajo la responsabilidad y gestión del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos Nacional con sus siglas INEC del año 2010, en este censo, Cuenca contaba con una población aproximada de 417.632 habitantes, de los cuales 195.683 hombres y 221.949 mujeres, distribuidos en dos áreas: Urbana 277.374 y Rural 140.258 respectivamente. (INEC, 2010, pág. 1)

En el estudio y análisis de proyección de población de Cuenca realizada por el (INEC) la población del Cantón en el 2017 alcanzaría una cifra de 603.269 habitantes, con un crecimiento poblacional de 15% en siete años. Con una proyección de crecimiento poblacional para el 2020 de 636.996 habitantes. (INEC, 2017, pág. 1-2)

El INEC realizó en el 2020 el censo de población y vivienda, sin embargo, debido a la situación mundial determinada por la pandemia causada por el virus Covid 19, esto generó muchos inconvenientes en su desarrollo, así como en la publicación de resultados del mismo, es así que al día de hoy no contamos con una cifra exacta de la población.

El cantón Cuenca está dividida en 15 parroquias urbanas, y 21 parroquias rurales. Al conjunto de las quince parroquias urbanas se les denomina la ciudad de Cuenca, con un área de 72.32 km<sup>2</sup>. El área total del cantón es de 3086 km<sup>2</sup>, ocupando el área urbana apenas el 2.34%.

José Miguel González-Andrade; Marcelo Jorge López-Mesa

Entre el 2012 y 2014 la Secretaria Nacional de Planificación del Estado (SENPLADES) mediante Decreto Presidencial, tercer suplemento, No.299, Acuerdo Ministerial No. 00004919, reestructura la presencia territorial del Ministerio de Salud Pública en niveles desconcentrados, dando paso a la conformación de coordinaciones zonales y direcciones distritales.

Cuenca está conforma por dos Oficinas Técnicas de Salud, antes conocidas como direcciones distritales, la Oficina Técnica OT01 Cuenca Norte y la Oficina Técnica OT02 Cuenca Sur, pertenecientes a la Coordinación Zonal de Salud 6, las dos direcciones distritales cubren todo el territorio del Cantón Cuenca, tanto en su área urbana como en su área rural. (Acuerdo Ministerial 00004919, 2014, pág. 10-17)

En el 2019 la Secretaria Nacional de Planificación del Estado (SENPLADES) realiza la última reestructuración del Ministerio de Salud en territorio, estableciendo la eliminación de las dos Direcciones Distritales y conformando lo que hoy conocemos como Oficinas Técnicas de Salud.

En Cuenca, considerando los lineamientos del modelo de salud MAIS, la RPIS se compone por 67 Unidades operativas, distribuidas de la siguiente manera:

Por niveles de atención: el 1er nivel de atención cuenta con 62 unidades de salud, el 2do nivel de atención cuenta con 3 unidades de salud y el 3er nivel de atención cuenta con 2 unidades de salud.

Por subsistemas de salud: el Ministerio de Salud Pública cuenta con 54 unidades, el Instituto de Seguridad Social cuenta con 11 unidades, el Instituto de las Fuerzas Armadas cuenta con 1 unidad y el Instituto de la Policía Nacional cuenta con 1 unidad de salud.

José Miguel González-Andrade; Marcelo Jorge López-Mesa

**Tabla 1.**  
Conformación de Unidades de Salud RPIS en Cuenca.

NIVEL DE ATENCION	PRIMER NIVEL				SEGUNDO NIVEL			TERCER NIVEL		TOTAL
RPIS CUENCA	TIPO A	TIPO B	TIPO C	CRS	HOSPITAL BASICO	HOSPITAL GENERAL	CEA	HOSPITAL DE ESPECIALIDAD	CERI	
MSP	36	14	1	1	-	1	-	-	1	54
IESS/SSC	8	-	1	-	-	-	1	1	-	11
ISSFA	0	-	-	-	1	-	-	-	-	1
ISSPOL	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
<b>TOTAL</b>	45	14	2	1	1	1	1	1	1	67

La RPIS de Cuenca, está constituida por las unidades de salud del MSP en sus diferentes niveles, más las unidades de salud del Instituto de Seguridad Social (IESS), más las unidades de salud del Instituto de las Fuerzas Armadas (ISSFA) y las unidades de salud del Instituto de la Policía Nacional (ISSPOL), en un total de 67 unidades de salud Pública. Las 67 unidades de salud se encuentran distribuidas en toda la extensión de la jurisdicción geográfica del Cantón Cuenca, existiendo unidades de Salud en la 15 parroquias urbanas y en las 21 parroquias rurales, sin embargo es en el área urbana en donde se concentra el mayor número de unidades de salud así como las unidades de mayor complejidad y capacidad resolutive, esto obedece al desarrollo social, al factor económico, a la condición política y cultural, a la concentración de población, a la facilidad de recursos como: vialidad, transporte, servicios básicos e inversión, etc.

Considerando que el hospital de especialidades de tercer nivel, el hospital general de segundo nivel, el hospital básico de segundo nivel, el centro de especialidades de

José Miguel González-Andrade; Marcelo Jorge López-Mesa

segundo nivel, los 2 centros de salud tipo c de primer nivel y 5 centros de salud tipo b de primer nivel, se encuentran en el área urbana del Cantón Cuenca específicamente en la Ciudad de Cuenca, la cual está conformada por las parroquias urbanas, centralizando las unidades de salud de mayor complejidad.

Para las atenciones de mayor complejidad, Cuenca cuenta con 1 hospital de especialidades de tercer nivel de atención de alta complejidad y 1 hospital general de segundo nivel de atención de alta complejidad.

Es el Cantón con el mayor número de unidades de salud de mayor complejidad y capacidad resolutive de la zona sur oriental del Ecuador, su hospital general de segundo nivel, su hospital de especialidades de tercer nivel de atención, a más de ser parte de las Micro-redes Distritales de Cuenca, forman parte de la Red Zonal 6 de Salud y a su vez de la Macro Red de Salud del Ecuador, lo que los define como hospitales de referencia de otras provincias y coordinaciones zonales, es por ello que al Hospital General Vicente Corral Moscoso de segundo nivel de atención del (MSP) se lo define como Hospital Regional de referencia y al Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga de tercer nivel de atención del (IESS) como Hospital de Especialidades de referencia Zonal.

Existe también un número importante de unidades de salud privadas que conforman la Red Privada Complementaria (RPC).

Los centros de salud de primer nivel son centros ambulatorios de baja complejidad, es decir no realizan internamiento u hospitalización, no realizan exámenes complementarios de Imagen a sus pacientes, sino más bien brindan servicios como atención de consulta externa de salud, banco de vacunas para niños menores de 5 años y mujeres embarazadas, toma de muestras de exámenes de laboratorio, farmacia y atenciones de emergencia de baja y mediana complejidad, su horario de atención varía entre 5 a 7 días de atención a la semana y únicamente de 08h00 a 17h00.

Existe un Centro de Salud Intrapenitenciario tipo B y se encuentra dentro del Centro de Rehabilitación Social de Máxima Seguridad CRS Turi (Cárcel de Cuenca), ubicado en la parroquia Turi, en el cual se brinda atención de salud únicamente a las personas privadas

José Miguel González-Andrade; Marcelo Jorge López-Mesa

de la libertad, mediante los servicios de consulta externa de: psicología, Medicina General, Odontología, servicio de Farmacia y medicamentos, servicio de enfermería, servicio de emergencia, en horarios de atención de lunes a domingo de 08h00 hasta las 17h00.

Existen también en el 1er nivel de atención los centros de salud tipo B no penitenciarios, los cuales brindan atención a toda la población en general, son netamente ambulatorios, su cartera de servicios es mayor a la de los tipo A, cuentan con consulta externa de especialidades como medicina familiar, ginecología y obstetricia, en horarios de 08h00 a 17h00 los 7 días de la semana, pero no cuentan con servicios de internamiento u hospitalización, no cuentan con exámenes complementarios de imagen, sin embargo, cuentan con servicios farmacia, toma de muestras para exámenes complementarios de laboratorio clínico, servicio de observación de emergencia ambulatorias o temporales.

Existe 2 centros de salud tipo C, el Centro de Salud N. 4 Materno Infantil Carlos Elizalde perteneciente al (MSP) y el Centro Materno Infantil y Emergencias que pertenece al Instituto de Seguridad Social (IESS), que al igual que los centros de salud tipo a y b, brindan los mismos servicios ambulatorios, también cuentan con servicios de internación u hospitalización pero únicamente de 24 horas, propios para los servicios de emergencia y observación de emergencia y centro obstétrico, ya que estos centros cuentan con salas de parto y camas de internación 24 horas del día y los 7 días de la semana.

Su cartera de servicios cuenta con: consulta externa de especialidades, pediatría, ginecología, fisiatría, medicina familiar, medicina general, nutrición, odontología, calificación de discapacidad y servicios complementarios de diagnóstico como laboratorio clínico, rayos X, únicamente el Centro de Salud tipo C del IESS y en horario de lunes a viernes de 08h00 hasta las 13h30, ecografía de igual manera solo en el centro tipo C del IESS, servicio de farmacia, ayudas técnicas para personas con discapacidad y enfermedades catastróficas y banco de vacunas.

Para el cálculo de camas hospitalarias por cada 2000 habitantes, las camas correspondientes a los centros de salud tipo C del primer nivel no son censables

José Miguel González-Andrade; Marcelo Jorge López-Mesa

(contables) debido a que no brindan el servicio de hospitalización prolongada sino únicamente de emergencia 24 horas, sin embargo el Centro de Salud Carlos Elizalde Cuenta con 7 camas de observación de emergencia de 24 horas más una sala de parto, mientras que el Centro Materno Infantil y de Emergencias cuenta con 9 camas de observación de emergencia de las cuales 6 están destinadas para observación general y 3 para pacientes de parto de corta estancia, cuenta con 2 salas de parto.

El segundo nivel de atención está conformado por: 1 centro de especialidades ambulatorio, 1 hospital básico, 1 hospital general de alta complejidad.

El Centro de Especialidades Central Cuenca, corresponde al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, es un centro Ambulatorio, sus horarios de atención son: de 06:30 a 19:00, de lunes a viernes y de 06:30 a 16:30, los días sábado, su cartera de servicios cuenta con: consulta externa de medicina general, odontología general, enfermería, psicología clínica, nutrición, también cuenta con consulta externa de especialidades como: ginecología, medicina familiar, pediatría, cardiología, medicina interna, dermatología, gastroenterología y terapia física, también cuentan con áreas de triaje, emergencias, farmacia y estadística, no cuenta con exámenes complementarios como ecografía, rayos x, tomografía.

El Hospital Básico de la III División de Tarqui Cuenca , corresponde al Instituto de las Fuerzas Armadas (ISSFA), mediante su cartera de servicios brindan atenciones mediante tres modalidades: Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia, en cada servicio general cuenta con atenciones de: medicina general, odontología general, psicología clínica, nutrición y fisiatría, también brinda servicios de consulta externa de especialidades como son: medicina interna, ginecología, traumatología, cirugía general, psiquiatría, dermatología, cardiología, gastroenterología, y pediatría, existe también áreas de: centro quirúrgico, unidad de trabajo de parto, servicio de farmacia, fisiatría, imagenología, ecografía y rayos x, laboratorio clínico, cuenta con 24 camas de hospitalización y 4 camas de observación de emergencia, no cuenta con unidad de terapia intensiva, no cuenta con servicio de diálisis, no cuenta con banco de sangre, no

José Miguel González-Andrade; Marcelo Jorge López-Mesa

cuenta con tomografía ni resonancia magnética, no cuenta con exámenes neurológicos complementarios no cuenta con unidad de hemodinámica, no cuenta con laboratorio de patología, no cuenta con centro de endoscopia digestiva.

El Hospital General Vicente Corral Moscoso corresponde (MSP), que por su tipología es un hospital de 2do nivel de alta complejidad, su cartera de servicios brinda atenciones de: hospitalización, consulta de especialidades, emergencia, unidades quirúrgicas, centro de trauma, centro obstétrico, unidad de trasplantes, unidad de diálisis de emergencia, hospitalización COVID 19 tanto en cuidados generales, intermedios y cuidados intensivos, cuenta con especialistas que atienden en todos los servicios antes descritos: medicina interna, cirugía general, ginecología, pediatría, traumatología, oftalmología, otorringología, cirugía maxilofacial, genética, gastroenterología, endocrinología, endocrinología pediátrica, neumología, neumología pediátrica, cardiología, cardiología pediátrica, cirugía pediátrica, anestesiología, neurología, psiquiatría, nefrología, oncología, dermatología, cirugía vascular, coloproctología, imagenología, fisiatría, geriatría, cirugía plástica y reconstructiva, servicio de farmacia, laboratorio clínico, laboratorio patológico y molecular, servicio de imagenología, rayos x, ecografía, ecocardiografía, tomografía, angiografía, banco de sangre, banco de órganos y tejidos para trasplante.

En cuanto al número de camas de hospitalización, esto ha sido muy variante en los 2 últimos años (2020 – 2021), ya que el hospital fue denominado Hospital Centinela de referencia, es decir Hospital Covid, teniendo como responsabilidad recibir y atender a todos los pacientes con sospecha o diagnóstico Covid 19, desde el servicio de triaje, emergencia, hospitalización general, cuidados intermedios, cuidados intensivos, unidades quirúrgicas, obstetricia, servicios de diálisis, servicio de imagenología, laboratorio clínico y patológico y farmacia, por lo que de sus 254 camas totales reportadas en su cartera de servicios antes de la pandemia paso a tener en el 2020 un promedio de 130 camas censables y 181 camas totales entre censables y no censables en promedio, llegando a tener un cifra histórica de 51 camas en la unidad de terapia intensiva Covid

José Miguel González-Andrade; Marcelo Jorge López-Mesa

(UTI COVID), cifra que nunca antes se había reportado, esto debido a que por motivo de la pandemia se dio prioridad a los pacientes Covid 19 cerrando la mayoría de los servicios del hospital y disminuyendo el número de camas totales, posterior a esta situación, luego de aproximadamente 16 meses el hospital inicia el proceso de reapertura de los servicios, alcanzando un total de 153 camas censables y de 210 camas totales censables y no censables en promedio, también se reapertura: el servicio de Consulta Externa, Centro Quirúrgico entre otros.

El hospital tiene un número considerable de no existencia de servicios, entre ellos: no cuenta con resonancia magnética, no cuenta con servicio de diálisis continua o prolongada, radio oncología, neurología pediátrica, oftalmología pediátrica, neurocirugía pediátrica, exámenes moleculares de secuenciación genética y una realidad histórica de un alto porcentaje de ocupación de servicios y camas, ocupación del servicio de emergencia 100%, ocupación de camas de hospitalización censables 90%, ocupación camas de unidad de cuidados intensivos 100%, ocupación del servicio de neonatología 100%, ocupación de turnos de consulta externa 90%, ocupación de turnos para exámenes complementarios de imagen 90%, lo que da como resultado de un promedio de ocupación total del hospital del 95%, pero con una situación adicional que es el tiempo de espera para el acceso a los servicios que en promedio va de los 15 días hasta los 3 meses en el caso de citas médicas de especialidad por consulta externa, agendamiento de cirugías programadas y exámenes complementarios de imagenología.

El tercer nivel de atención, cuenta con 1 hospital de especialidades, corresponde al sub sistema de salud de Seguridad Social (IESS), denominado Hospital José Carrasco A. es un hospital de alta complejidad, al igual que el anterior, debido a la pandemia su cartera de servicios y capacidad resolutoria fué modificada con prioridad para el manejo y tratamiento de pacientes víctimas del Corona Virus, antes de la pandemia el hospital contaba con un total de 275 camas censables y no censables, con un total de 227 camas censables, cuenta con una cartera de servicios en la cual se brindan atenciones de: hospitalización, consulta especializada, emergencia, servicio de cirugía de mediana y alta



José Miguel González-Andrade; Marcelo Jorge López-Mesa

complejidad, centro de trauma, centro obstétrico, centro oncológico, unidad de trasplantes, unidad de diálisis de emergencia, hospitalización COVID 19 tanto en cuidados generales, intermedios y cuidados intensivos, cuenta con especialistas que atienden en todos los servicios antes descritos: medicina interna, cirugía general, ginecología, pediatría, traumatología, oftalmología, otorringología, cirugía maxilofacial, genética, gastroenterología, endocrinología, endocrinología pediátrica, neumología, neumología pediátrica, cardiología, cardiología pediátrica, cirugía pediátrica, anestesiología, neurología, psiquiatría, nefrología, oncología, dermatología, cirugía vascular, coloproctología, imagenología, hematología, infectología, cirugía digestiva, cirugía cardíaca, cirugía torácica, cuidados paliativos, medicina ocupacional, medicina del deporte, diabetología, fisioterapia, geriatría, cirugía plástica y reconstructiva, servicio de farmacia, laboratorio clínico, laboratorio patológico y molecular, servicio de imagenología, rayos x, ecografía, ecocardiografía, tomografía, angiografía, unidad de transporte medicalizado, área completa de fisioterapia y terapia física.

No cuenta con resonancia magnética vascular, angioresonancia, no cuenta con tomografía axial computarizada, no cuenta con servicio de diálisis continua o prolongada, radio oncología, neurología pediátrica, cardio-intervencionismo y hemodinamia, laboratorio genético, no cuenta con centro de estudio neurológico.

La ocupación de sus camas y de sus servicios se encuentra en un promedio del 90 % de ocupación, siendo el servicio de emergencia, hospitalización en unidad de cuidados intensivos y de consulta externa los más llenos, llegando a una ocupación del 100%, provocando de esta manera un incremento en el tiempo de espera para acceder a dichos servicios en un promedio de 10 días hasta los 3 meses a excepción del servicio de emergencia.

## **Factores influyentes en la ejecución y cumplimiento del modelo de sanitario en Cuenca**

José Miguel González-Andrade; Marcelo Jorge López-Mesa

Antes de identificar dichos factores es necesario precisar la responsabilidad estatal en el ámbito de la salud, es así que la ley orgánica de Salud, en el artículo 9, establece y determina las responsabilidades en relación a las obligaciones del estado de asegurar el derecho a la salud.

Como se describió en el capítulo anterior el Cantón Cuenca, se ubica sobre un valle extenso de la región sur de la cordillera de los Andes, en el macizo montañoso conformado por grandes elevaciones, ríos, lagunas y valles, denominado Nudo del Azuay, con una extensión territorial de 3086 km<sup>2</sup>, de los cuales únicamente 72,23 km<sup>2</sup> corresponden al área urbana.

Son 15 parroquias Urbanas y 21 parroquias rurales las que conforman la delimitación territorial y política del Cantón Cuenca, siendo las más lejanas a su capital la parroquias rurales de: Chaucha, a 80 km aproximadamente, Molleturo a 70 km aproximadamente, Quingeo 30 km. Aproximadamente, Santa Ana 16 km. aproximadamente, victoria del Portete 23 km, las parroquias de Checa y Chiquintad a 13 km aproximadamente, siendo estas distancias un factor importante al momento de garantizar una atención integral mediante las articulación de Circuitos, micro-redes y subsistemas de referencia.

A más de la distancia mencionada que existe entre cada una de las parroquias rurales en referencia del centro urbano, existe también la condición geográfica y esta depende de la existencia de ríos, montañas, valles, quebradas, fallas geográficas, clima, derrumbes, las mismas que generan un obstáculo en la construcción y mantenimiento de vías, siendo estas incluso de tercer y segundo orden lo que dificulta el acceso temprano a los hospitales de referencia.

Se establece en la Constitución del Ecuador, en el artículo 366, el financiamiento económico para la gestión de salud, que deberá abastecer de forma continua, regular y oportuna. Su provisión se generará de los ingresos recurrentes del presupuesto estatal general. La distribución de estos recursos, debería ser realizada mediante juicios inherentes al perfil epidemiológico poblacional, así como también a los requerimientos de salud, propios de cada territorio (Constitución del Ecuador. 2008. pág 60).

José Miguel González-Andrade; Marcelo Jorge López-Mesa

La Planificación de existencia y distribución de unidades de salud, así como en todo el territorio ecuatoriano, en Cuenca obedece a las tasas estadísticas del número de nacidos vivos por 1000 habitantes.

Otros de los factores de planificación técnica dependen de la población territorial, de crecimiento poblacional, que según la proyección de habitantes para Cuenca para el 2020 es de 636.996 habitantes según el INEC (2017. Pág. 1-2), esto quiere decir que la mayor concentración poblacional existe en la zona Urbana, justificando de alguna manera la creación y existencia de Unidades de Salud de mayor complejidad en el área urbana que en el área rural.

Como lo indica la Organización Panamericana de la Salud en su estudio Planificación y Administración de Hospitales, en el cual se describe el rubro económico que implica la creación, funcionamiento y mantenimiento de las unidades operativas de salud ambulatorias así como también los hospitales considerados de esta manera como empresas muy costosas tanto en su inicio de creación como en su mantenimiento, incrementándose con el pasar de los años causado por el deterioro progresivo inevitable y al continuo uso de las instalaciones.

El gasto económico producido por los servicios de salud de las unidades operativas y de los hospitales constituyen el presupuesto económico más importante y se deberían considerar como una inversión que rendirá beneficios económicos, traducidos en la reducción enfermedad de la población y en incremento de la productividad de las personas y del ingreso económico nacional (OPS, Planificación y Administración de Hospitales, 1999, pág. 7-9)

Es el factor económico – financiero, el más delicado e importante para alcanzar la consolidación del plan de salud de la RPIS, no solo en Cuenca sino a nivel nacional, y ha sido el más afectado durante los últimos años debido a las condiciones económicas nacionales e internacionales, prueba de ello es el decreto ejecutivo N. 126, emitido por el Lic. Lenin Moreno, en el cual notifica la austeridad del gasto público, reduciendo el presupuesto anual al gasto público permanente para todas las instituciones descritas en

José Miguel González-Andrade; Marcelo Jorge López-Mesa

la Constitución en su artículo 225, siendo la cartera de estado MSP la más afectada. (Decreto ejecutivo 126, 2017. pág, 3)

Otro de los factores sociales y culturales es la exposición a ambientes distintos, extraños para la población rural a la cual se le presenta muy complicada la aceptación de sus creencias y costumbres en el área urbana, esto genera una baja adherencia por parte de este sector social hacia las diferentes unidades de salud, tornando difícil la prevención, promoción y rehabilitación.

## **MÉTODO**

Corresponde por el objetivo a una investigación teórica o pura y descriptiva, cualitativo por el tipo de datos empleados y en no experimental el grado de manipulación de las variables

Es una investigación longitudinal y deductiva por el tipo de inferencia. En el diseño de la Investigación se utilizó la metodología documental, descriptiva de análisis documentación bibliográfica y normativa, mediante la búsqueda documental en bibliotecas físicas y digitales, recopilación documental, recolección Bibliográfica, análisis y síntesis bibliográfica (Erazo, 2021).

## **Universo de estudio**

Se determinó como población o universo a todas las unidades operativas de salud que conforman la RPIS en Cuenca, con un total de 67 unidades de salud.

## **Tratamiento estadístico de la información**

Los datos e información utilizada, fueron recolectados mediante búsqueda investigativa y solicitud de información a instituciones públicas pertinentes, toda la información reposa en archivo digital propio del autor, (Carpeta, Documentos Red Pública Integral de Salud Cuenca).

## **RESULTADOS**

En relación a lo propuesto por el Ministerio de Salud, en relación al cumplimiento de la existencia, distribución y estructuración de la RPIS, hay que considerar si la propuesta de la existencia de unidades del primer nivel de Salud brindada por sus Unidades de Salud Tipo A, B, C, es aceptable ante las variables, necesidades y circunstancias propias de la población del cantón Cuenca, debido a que posee un número adecuado de Unidades de Salud en territorio, sin embargo su capacidad resolutive y cartera de servicio sobre todo en el área rural es muy limitada e insuficiente para las necesidades de sus habitantes, teniendo como consecuencia el aumento de referencias a los hospitales de 2do y de 3er nivel de referencia de Cuenca, saturando los mismos, aumentando los tiempos de atención, generando un abandono a los servicios de salud públicos por falta de atenciones oportunas e integrales.

El incremento del número de pacientes referidos y atendidos en las Unidades Operativas del 2do nivel de salud, genera un incremento negativo en el tiempo de espera de agendamiento de citas médicas de especialidad en el servicio de consulta externa, exámenes complementarios y procedimientos quirúrgicos programados.

Se debe mejorar o incrementar la cartera de servicios de salud en las unidades de primer nivel, así como también mejorar e incrementar su capacidad resolutive.

En relación al segundo nivel, analizar y considerar que la existencia de unidades hospitalarias de referencia no atienden exclusivamente las necesidades del primer nivel territorial correspondiente a su jurisdicción, sino también al ser parte de la Red zonal de Hospitales, comparten sus servicios con otras provincias, reduciendo el número de camas y la capacidad resolutive para sus circuitos y micro redes de salud local, generando la falta de atención a su micro red local y aumentando el tiempo de respuesta de necesidades de atención del primer nivel.

José Miguel González-Andrade; Marcelo Jorge López-Mesa

El segundo nivel tampoco se encuentra en un nivel óptimo de operativización de prestación de servicios de salud ya que cuenta con un déficit considerable de servicios, los cuales se justifican por motivos: económicos, sociales, políticos, de planificación y ejecución, sin embargo, generan un impacto negativo significativo en la cartera de servicios y capacidad resolutive ante la necesidad de los habitantes, no garantizando una atención integral, oportuna y de calidad.

Es también justo indicar que el tercer nivel no cuenta con todos los servicios óptimos correspondientes a este nivel de atención, generando dificultades y demoras en la atención integral de sus pacientes, debido a la falta de gestión administrativa o a la falta de recursos asignados para la operativización y mantenimiento de esta Unidad de Salud. Si bien es cierto que ante un análisis rápido y superficial se podría concluir que la estructuración de la RPIS: existencia, distribución y disposición de Unidades de Salud en Cuenca, se cumple en documentos físicos de respaldo, realizando un análisis técnico detenido y completo nos podemos dar cuenta que no es real tal aseveración, ya que no se justifica únicamente con la existencia de unidades de salud, sino también con su cartera de servicios y su capacidad resolutive la cual termina siendo el verdadero parámetro para medir el cumplimiento y la existencia optima de la Red Publica Integral de Salud en Cuenca.

Existe también una particularidad en relación a la existencia de camas hospitalarias por número de habitantes y es que si bien es cierto que ante la existencia de 2 camas por cada 1000 habitantes en los hospitales de 2do y 3er nivel, esto se cumple, sin embargo es necesario recordar que tanto el H. G. Vicente Corral, así como también el Hospital José Carrasco A, no son exclusivos del cantón Cuenca sino que también son Hospitales de referencia de la coordinación Zonal 6 es decir de las 3 provincia que lo conforman, Azuay, Cañar y Morona Santiago, y aún más son hospitales de referencia de otras coordinaciones zonales y de la macro red

Dentro de las consideraciones del cumplimiento del contenido obligacional del estado, es notable que el mismo no se cumple en su totalidad, tanto en las esferas de: tiempo,

José Miguel González-Andrade; Marcelo Jorge López-Mesa

calidad, calidez, integralidad, oportunidad, servicio, sin embargo la aspiración de cumplimiento por parte del Ministerio de Salud oscila entre 75 y 80% de cumplimiento esto en referencia y en atención a lo dispuesto por la Secretaria Nacional de Administración Pública, el cumplimiento de la gestión del Ministerio de Salud se determina mediante los Indicadores (GPR) Gobierno por Resultados, los cuales están cualificados sobre 100% de cumplimiento, considerando el 75% como aceptable, lamentablemente no se cuenta con un análisis de cumplimiento integral de todos los (GPR) únicamente del cantón Cuenca, por lo que se torna muy difícil indicar el nivel de cumplimiento exacto del contenido obligatorio.

Ante la gran interrogante del cumplimiento del contenido obligatorio sanitario, surge otra más, y es considerar si es justificable la falta de servicios y el atraso en la atención de salud en la cantón Cuenca, bajo las variables antes descritas, a lo cual se puede concluir que si es justificable, debido a que la mayoría de sus variables no dependen directamente de la gestión gubernamental o estatal, sino tienen una base: cultural, social, natural, ancestral que confluyen a que dicho cumplimiento requiera de grandes esfuerzos, recursos y tiempo para su consolidación.

Para concluir se puede indicar que dentro de las recomendaciones posibles para alcanzar el cumplimiento del contenido obligatorio en cuanto a la atención de salud podrían ser: considerar una auditoria interna anual integral por jurisdicción, en la cual se procure realizar un análisis técnico detallado de la situación actual de cada establecimiento de salud, con la notificación de sus fortalezas, debilidades, perfil epidemiológico, identificación de problemática y necesidades propias de la población, propuestas de mejoramiento, ciclos de mejora continua, informes de necesidad, sostenibilidad y sustentabilidad apegados a cada realidad, todo ello con el fin de fortalecer las acciones interinstitucionales con el objetivo de generar recursos para la adquisición y creación de lo que se concluya como faltante, no optimo e inexistente.

José Miguel González-Andrade; Marcelo Jorge López-Mesa

## REFERENCIAS CONSULTADAS

- Acuerdo Ministerial N° 00005212, (2015), Norma Sustitutiva de homologación de Centros de Salud, Registro Oficial No. 428.
- Acuerdo Ministerial N° 0091, (2017), Norma Técnica Sustitutiva de Prestación de Servicios de Sanitarios RPIS y RPC.
- Acuerdo Ministerial N° 00004194, (2015), Norma técnica de derivación internacional para enfermedades catastróficas, MSP.
- Acuerdo Interministerial N°. 002-2008, (2012), Consejo de Política Sectorial de Desarrollo Social.
- Adolfo Peña, A., & Paco, O. (2003), *YMCA. An. Fac. med. v.64 n.1 Lima*.
- Alcántara, G. (2008), *OMS*, Universidad de Los Andes. Revista de Investigación docente universitaria, Año 9, No. 1, junio 2008.
- Erazo Álvarez, J. C. (2021). Capital intelectual y gestión de innovación: Pequeñas y medianas empresas de cuero y calzado en Tungurahua–Ecuador. *Revista De Ciencias Sociales*, 27, 230-245. Recuperado a partir de <https://produccioncientificaluz.org/index.php/rcs/article/view/37004>
- MSP, (2014), Lineamientos de Implementación del Modelo de Salud Integral.
- MSP, (2014) Lineamientos Operativos del MAIS y de la RPIS. DNA de la RPIS y RPC de Salud, MSP, 1a. Edición.
- MSP, (2012), Modelo de Salud, MAIS-FCI, 1a. Edición, Quito, Ecuador.
- MSP, (2014), Norma técnica para el procedimiento de adquisición de servicios de salud de la RPIS y de la RPC. A.M. 00004195.
- Rodas, G. (2010), Análisis de la salud y enfermedad en los Siglos XIX y XX, Ecuador.
- Rodas, G. (2006), Análisis de las enfermedades más relevantes en la ciudad de Quito y Guayaquil durante los siglos XIX y XX, Ecuador.
- OMS, (2007), Temas de Salud, Definiciones, OMS.
- OMS, (2012), Temas de Salud, Definiciones, OMS.



José Miguel González-Andrade; Marcelo Jorge López-Mesa

Constitución de la República (2008), Derechos del Buen Vivir.

Ley de Salud Organica, (2002), Ley No. 2002-80, Registro Oficial No. 670.

Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud, (2007), WHA60.29.

©2021 por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).