



Maestría en

SALUD PÚBLICA

Tesis previa a la obtención del título de Magíster en Salud Pública

Autor: Santiago Hidalgo Recalde

Tutor: Federico Fernando Sacoto Aizaga MD. MPH

**Caracterización de las Unidades de Primer Nivel de Atención del
Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en el Distrito Metropolitano de Quito en
el periodo 2000 al 2022.**

Certificación de autoría del trabajo de titulación

Yo, Santiago Mauricio Hidalgo Recalde, declaro bajo juramento que el trabajo de titulación denominado: **“Caracterización de las Unidades de Primer Nivel de Atención del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en el Distrito Metropolitano de Quito en el periodo 2000 al 2022.”** es de mi autoría y de mi exclusiva responsabilidad académica y legal; y que no ha sido presentado anteriormente para ningún grado o calificación profesional. En su elaboración, se han citado las fuentes y se han respetado las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes.

Santiago Mauricio Hidalgo Recalde

C.I.: 1718410267

Correo electrónico: sahidalgore@uide.edu.ec

Autorización de derechos de propiedad intelectual

Yo, Santiago Mauricio Hidalgo Recalde, en calidad de autor del trabajo de titulación denominado **“Caracterización de las Unidades de Primer Nivel de Atención del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en el Distrito Metropolitano de Quito en el periodo 2000 al 2022”**, autorizo a la Universidad Internacional del Ecuador (UIDE) para hacer uso de todos los contenidos que me pertenecen o de parte de los que abarca esta obra, con fines estrictamente académicos o de investigación. Los derechos que como autor me corresponden, según lo establecido en los artículos 5, 6, 8, 19 y demás pertinentes de la Ley de Propiedad Intelectual y su reglamento en Ecuador.

D. M. de Quito, 23 de octubre de 2023

Santiago Mauricio Hidalgo Recalde

C.I.: 1718410267

Correo electrónico: sahidalgore@uide.edu.ec

Aprobación del tutor

Yo Federico Fernando Sacoto Aizaga declaro que he tutorizado el trabajo de titulación denominado “Caracterización de las Unidades de Primer Nivel de Atención del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en el Distrito Metropolitano de Quito en el periodo 2000 al 2022.” del maestrante, quien es autor exclusivo de la presente investigación, que es original y auténtica.

1703278513

Dedicatoria

A mis padres y a mi novia por el apoyo incondicional durante este tiempo.

Agradecimientos

A mis padres que siempre me han extendido su mano para brindarme su apoyo.

A mi novia que ha sido una luz para mí en este proyecto de investigación.

A mis amigos de la juventud por permitirme ver las injusticias de la sociedad y del sistema.

A mi tutor y director por abrir el camino de esta maestría que me ha permitido responder a muchas de las interrogantes, y así cambiar la manera de ver y percibir lo que nos rodea.

Índice de Contenido

RESUMEN EJECUTIVO.....	13
1. Introducción / Antecedentes.....	14
2. Justificación	17
3. Objetivos	19
4. Marco Teórico.....	20
4.1. Atención Primaria en Salud.....	20
4.2. Ministerio de Salud Pública	21
4.2.1. Aspectos históricos.....	21
4.2.3 Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS	23
4.2.2. Estructura operativa.....	24
4.3. Centros primarios de salud	25
4.3.1. Concepto.....	25
4.3.2. Tipología	26
4.4. Distrito Metropolitano de Quito	29
4.4.1. Historia	29
4.4.2. Distribución geográfica	30

4.4.3.	Distribución geográfica del DMQ según el MSP	35
5.	Metodología y diseño de la investigación	37
5.1.1.	Tipo de estudio.....	37
5.2.	Métodos e instrumentos de recolección de datos.....	37
5.3.	Universo y muestra	38
5.3.1.	Universo.....	38
5.3.2.	Muestra	41
5.4.	Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de Datos.....	43
5.5.	Análisis e interpretación de resultados	44
5.5.1.	Análisis de número y distribución CPS del DMQ según su crecimiento poblacional en zonas urbanas y rurales	45
5.5.2.	Análisis de la condición actual de los CPS en zonas rurales y urbanas del DMQ con una muestra propositiva.....	55
7.	Conclusiones	72
8.	Recomendaciones.....	74
9.	Bibliografía (normas Vancouver)	75
10.	Anexos	77

Índice de Ilustración

Ilustración 1. Mapa Distrito Metropolitano de Quito- Rural	31
Ilustración 2. Mapa Zona Urbana DMQ	33
Ilustración 3. Administraciones Zonales DMQ.....	34
Ilustración 4. Distritos de DMQ	36

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Acceso Vial Zona Rural	56
Gráfico 2. Acceso Vial Zona Urbana	57
Gráfico 3. Cercanía Transporte Público Zona Rural.....	57
Gráfico 4. Cercanía Transporte Público Zona Urbana	58
Gráfico 5. Rampas de Acceso personas con discapacidad - Zona Rural.....	59
Gráfico 6. Rampas de Acceso personas con discapacidad - Zona Urbana	60
Gráfico 7. Remodelación de CPS en Zonas Rurales	61
Gráfico 8. Remodelación en Zonas Urbanas	62
Gráfico 9. Horarios de Atención Zona Rural.....	64
Gráfico 10. Horarios de Atención Zona Urbano	65
Gráfico 11. Agendamiento de citas - Zona Rural	66
Gráfico 12. Agendamiento de citas - Zona Urbana	67

Índice de Tablas

Tabla 1. Lista de Parroquias rurales DMQ Actualidad.....	30
Tabla 2. Lista parroquias urbanas DMQ actualidad	31
Tabla 3. Cantidad de CPS por parroquia. Zona Rural	38
Tabla 4. Cantidad de CPS - Puesto de Salud	39
Tabla 5. Cantidad de CPS por parroquia. Zona Urbana.....	40
Tabla 6. Muestra Propositiva de evaluación. Zona Rural	41
Tabla 7. CPS por parroquia. Zona Rural	41
Tabla 8. Muestra Propositiva de evaluación. Zona Urbana.....	42
Tabla 9. CPS por Parroquia. Zona Urbana	42
Tabla 10. Operacionalización de variables.....	43
Tabla 11. Comparación Nro. CPS y Población Urbana año 2000 vs Año 2022	46
Tabla 12. Análisis de Población vs Cantidad de CPS en Parroquias Rurales año 2000	48
Tabla 13. Análisis de Población vs Cantidad de CPS en Parroquias Rurales año 2022	49
Tabla 14. CPS que han sido removidos en el periodo del 2000 al año 2022.	50
Tabla 15. CPS Reasignados en Parroquias 2022 vs 2000	51
Tabla 16. Comparación Nro. CPS y Población Urbana año 2000 vs Año 2022	53
Tabla 17. Análisis de Población vs Cantidad de CPS en Parroquias Urbanas año 2000	54
Tabla 18. Análisis de Población vs Cantidad de CPS en Parroquias urbana año 2022	55
Tabla 19. Acceso Vial Zona Rural.....	56

Tabla 20. Acceso Vial Zona Urbana.....	57
Tabla 21.Cercanía Transporte Público Zona Rural	58
Tabla 22. Cercanía Transporte Público Zona Urbana.....	59
Tabla 23. Rampas de Acceso personas con discapacidad - Zona Rural.....	60
Tabla 24. Rampas de Acceso personas con discapacidad - Zona Urbana.....	61
Tabla 25. Remodelación de CPS en Zonas Rurales	61
Tabla 26. Remodelación en Zonas Urbanas	62
Tabla 27. Infraestructura Zona Rural.....	63
Tabla 28. Infraestructura Zona Urbana	64
Tabla 29.Horarios de Atención Zona Rural	65
Tabla 30. Horarios de Atención Zona Urbano.....	65
Tabla 31. Agendamiento de citas - Zona Rural.....	66
Tabla 32.Agendamiento de citas - Zona Urbana.....	67
Tabla 33. Porcentaje de Cumplimiento de Cartera de servicios CPS rural y Urbano....	68

RESUMEN EJECUTIVO

En los últimos 22 años las unidades locales de primer nivel de atención de salud, que para fines de este trabajo se denominarán “Centros Primarios de Salud”- CPS, (que en la nomenclatura anterior correspondían a Puestos de Salud y Subcentros de Salud, y en la normativa vigente a Puestos de Salud y Centros de Salud tipo A)” del Distrito Metropolitano de Quito no han crecido al ritmo de la población.

En efecto, mientras a inicios de siglo la población quiteña era de 1 839 853 habitantes en área urbana y rural(1), después de 22 años ascendió en un 53% lo que representa 2 822 262 habitantes(2), el número de CPS que había en el año 2000 era de 122, en tanto para el año 2022 existe un total de 117 CPS (3) lo que representa una disminución del 5%, lo que genera un impacto negativo en el acceso equitativo y una cobertura universal de salud a los servicios de salud de la población quiteña. Es importante mencionar que varias parroquias tanto urbanas y rurales no cuentan con CPS y su distribución dentro del Distrito Metropolitano presenta una mayor concentración en la zona centro y sur de la ciudad. Teniendo en cuenta el crecimiento poblacional con el número de CPS en el año 2000 la cobertura que tenían los CPS sobre la población era mucho mayor a diferencia del año 2022.

Si bien no ha habido construcción de nuevos CPS dentro de la ciudad, varios de ellos han sido remodelados o repotenciados. Estructuralmente en la zona rural es en donde se encuentran los CPS con mejores condiciones a comparación de la zona urbana en donde su mayoría se encuentra en estado regular. El acceso a los mismos se encuentra en su mayoría cerca de paradas de transporte público, sin embargo, la mayoría no cuenta con rampas para personas con dificultad para caminar.

La cartera de servicios que brindan los CPS cumplen en su totalidad en las ramas de medicina, odontología y enfermería, no todos tienen obstetricia y en lo que respecta al área de salud mental tanto en zona rural como en la urbana cumplen con el 50%. En el aspecto nutricional apenas un 40% lo cumple en los CPS urbano y lastimosamente no existe ese servicio en el área rural, siendo la nutrición fundamental para evitar enfermedades crónico-metabólicas.

1. Introducción / Antecedentes

Las Unidades de Primer Nivel de Atención forman parte de la Atención Primaria de Salud (APS), y constituyen el primer punto de acceso para los individuos, las familias y la comunidad al sistema nacional de salud, acercando la atención médica lo más posible a los lugares de residencia y trabajo de las personas. Además, representa el primer paso de un proceso continuo de atención sanitaria. Debe estar integrado por médicos, enfermeras, auxiliares y trabajadores de la comunidad para así atender las necesidades de salud que requiere la comunidad (4). A raíz de la “Declaración de Alma se resalta la importancia que estas unidades debían ser la base de la atención en salud, brindando servicios esenciales a la población de forma integral, accesible y centrada en la comunidad. Además de la necesidad de que los servicios de salud estuvieran basados en la participación de las comunidades y en la atención de las necesidades de salud prioritarias”(5).

Las Unidades de 1er. Nivel brindan servicios como atención de la madre, recién nacido, niño y adolescente; la salud mental y reproductiva, vacunación además de control y tratamiento de enfermedades transmisibles y no transmisibles, por este motivo se resalta la importancia que tienen en los sistemas de salud en muchos países, con un enfoque en la prevención, el tratamiento y la promoción de la salud a nivel local.(5)

Los CSP en el Ecuador de igual forma son el primer punto de contacto para las personas en busca de atención médica y desempeñan un papel crucial en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el diagnóstico y tratamiento de enfermedades comunes, la atención materno-infantil, la salud reproductiva y otros servicios básicos de salud. Tienen como objetivo: promover acciones de salud pública según las normas

establecidas por la Autoridad Sanitaria Nacional, además de brindar atención de urgencia y emergencia según su capacidad resolutoria, aseguran la referencia, derivación, contrarreferencia y referencia inversa adecuadas, y garantizan la continuidad y longitud de la atención. Estos establecimientos son ambulatorios y se encargan de resolver problemas de salud de corta estancia. Además, se centran en la atención integral, la continuidad del cuidado y la coordinación con otros niveles de atención médica cuando sea necesario(6). Según la normativa vigente, las Unidades de 1er nivel de atención se clasifican en diferentes tipos según su nivel de complejidad, que incluyen: 1) puestos de salud 2) consultorios generales y centros de salud de diferentes niveles (A, B y C) (7).

Estos centros suelen estar ubicados en áreas rurales y urbanas, y son administrados por personal de salud capacitado, como médicos, enfermeras, y otros profesionales de la salud. Trabajan en estrecha colaboración con la comunidad local, involucrando a las personas en la toma de decisiones y promoviendo la participación comunitaria en la planificación, implementación y evaluación de los servicios de salud. Desempeñan un papel fundamental en la mejora del acceso a servicios de salud esenciales, especialmente para las poblaciones más vulnerables y marginadas.(6)

Nuestro estudio se centró en el Distrito Metropolitano de Quito (DMQ). El DMQ tiene una superficie de 4.183 km², donde habitan 2'781.641 personas, distribuidas en 65 parroquias: 32 parroquias urbanas y 33 parroquias rurales. Estas parroquias conforman la zona 9 según la SENPLADES, que está constituida por 9 distritos (17D01 al 17D09)(8). La finalidad de los distritos es ser una unidad básica de planificación y prestación de servicios públicos. A nivel nacional cada distrito tiene un aproximado de 90 mil habitantes, pero esto varía en las grandes ciudades, en este caso como Quito(9). Según

la base de datos registrada en el GEOSALUD; existen 134 casas de salud de primer nivel de atención, 48 casas de salud en la zona rural y 86 en zona urbana que forman parte del MSP, mismas que se encuentran constituidas por: Puesto de Salud (4); Centro de Salud "A" (113); Centro de Salud "B" (10); Centro de Salud "C" (7).

Este estudio se concentrará en el número y la distribución geográfica de los centros primarios de salud para el crecimiento poblacional en el DMQ.

2. Justificación

Uno de los principales problemas que presenta nuestra región en tema de salud, es explícitamente que, todo lo que involucra el concepto de “Atención Primaria en Salud” en el que uno de sus componentes son los centros primarios de salud, han sido relegados y no se le ha dado el grado de importancia necesaria, siendo este, un eje fundamental para mejorar la calidad de vida, e incluso desarrollo de un país. Por lo tanto, es importante realizar un análisis del número actual y previo de los CPS, su distribución dentro de los barrios, parroquias urbano-rurales del Distrito Metropolitano de Quito, en qué condiciones se encuentran y si estos cumplen con el equipo necesario para solventar las necesidades de la población tomando en cuenta el crecimiento poblacional en los últimos 22 años.

En el Ecuador es característico el sistema de salud curativo enfocado en un sistema hospitalario en lugar de ser un sistema de salud preventivo con bases sólidas en atención primaria y por ende en los CPS. Es importante recalcar que en los años 90 gracias al modelo de salud integral y comunitario (SAFIC) el país tuvo un desarrollo importante en atención primaria de salud creando alrededor de 500 CPS y 1.500 plazas de trabajo para profesionales de la salud distribuidos en todo el país(10). Por eso, 30 años después analizaremos si: ¿existe una debilidad del primer nivel de atención?, ¿los centros de primer nivel de atención cubren las necesidades de la población?, ¿Cuentan con la infraestructura adecuada o los servicios disponibles para dar atención?

Son preguntas que se irán respondiendo conforme el desarrollo del proyecto, con el fin de identificar los motivos por los cuales su uso es limitado por parte de la población.

Pregunta:

- ¿Existe una debilidad del primer nivel de atención de salud en el distrito metropolitano de Quito?
- ¿Los centros de primer nivel de atención cubren las necesidades de la población quiteña?

3. Objetivos

Objetivo General

- Analizar la evolución de los centros primarios de salud del MSP, en el Distrito Metropolitano de Quito del año 2000 al 2022.

Objetivos Específicos

- Analizar el número y la distribución geográfica de los centros primarios de salud en DMQ comparando año 2000 con año 2022.
- Analizar la infraestructura en la que se encuentran los centros primarios de salud en la actualidad.
- Proponer acciones y estrategias que garanticen el correcto funcionamiento de centros primarios de salud.

4. Marco Teórico

4.1. Atención Primaria en Salud

La atención primaria en salud adquiere importancia en la Declaración de Alma-Ata, un documento adoptado en 1978 durante la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma-Ata, Kazajstán (en ese entonces, la Unión Soviética). La declaración enfatizó la importancia de la atención primaria como base para lograr la salud para todos(4).

Según la Declaración de Alma-Ata, la atención primaria en salud se definió como "La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundamentados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar"(4).

En ese momento, se reconocía que la atención primaria en salud no se limitaba solo a la prestación de servicios médicos, sino que también incluía una amplia gama de servicios esenciales de salud, como la promoción de estilos de vida saludables, la prevención de enfermedades, la educación sanitaria, la atención materno-infantil, el suministro de agua potable y saneamiento básico, entre otros(4).

La declaración afirmaba que la atención primaria en salud debía ser el enfoque principal de los sistemas de salud y que debía estar arraigada en los principios de equidad, solidaridad y participación comunitaria. Además, hacía hincapié en la

importancia de la colaboración entre los países y la cooperación internacional para fortalecer la atención primaria en salud en todo el mundo(4).

En la declaración de Astaná, 40 años después de la declaración de Alma-Ata se reafirma lo indispensable que es la atención primaria como componente fundamental en el sistema de salud. A pesar de que las políticas de salud se deben adaptar a distintos contextos y desafíos es imprescindible tener una cobertura universal de salud para que todas las personas tengan acceso a servicios de atención médica esenciales, no solo del enfoque curativo sino también del preventivo(5).

4.2. Ministerio de Salud Pública

4.2.1. Aspectos históricos

Creación y primeros años (1830-1979): Tras la independencia de Ecuador en 1830, se estableció un sistema de salud rudimentario. Sin embargo, no fue hasta 1895 que se creó la primera institución de salud pública en el país, llamada "Dirección General de Beneficencia y Salubridad"(11). En 1927, esta entidad se convirtió en el "Departamento Nacional de Higiene" (11)., y en 1938 se creó el "Ministerio de Higiene Pública" (11).. Durante este período, el enfoque principal fue el control de enfermedades infecciosas. La "Subsecretaría de Salud", que formaba parte del Ministerio de Previsión Social, (11). tuvo un papel fundamental en la historia de la sanidad pública y el control de la higiene de ciudades y puertos en Ecuador ya que su principal objetivo era garantizar la salud y el bienestar de la población a través de la regulación y supervisión de las condiciones sanitarias en las ciudades y los puertos del país (11).. En ese entonces, la sanidad pública desempeñaba un papel crucial en

el control de enfermedades, la promoción de la higiene y la protección de la salud de la población(11). Además, se encargaba de establecer y hacer cumplir las normas y reglamentos relacionados con la higiene ambiental, el control de enfermedades transmisibles y la calidad de los servicios de salud(11).

En el ámbito urbano, se enfocaba en el control de la higiene de las ciudades, lo que incluía el saneamiento básico, la gestión de residuos, el suministro de agua potable y la prevención de enfermedades asociadas a las condiciones insalubres. Esto contribuía a crear entornos más saludables y a prevenir brotes de enfermedades.

El Ministerio de Salud Pública (MSP) se estableció el 16 de junio de 1967 por orden de la Asamblea Constituyente de ese entonces. Antes de su creación, funcionaba como la Subsecretaría de Salud del Ministerio de Provisión Social y Trabajo (12). En ese momento, Ecuador era el único país de América que no tenía un Ministerio de Salud (12). El propósito original de este ministerio era atender los ámbitos de salud, asistencia social y otros relacionados con la salud en general(12).

En el año 1962 se inició un proyecto piloto con el propósito de ofrecer atención médica en cinco provincias de la región de la Sierra y en áreas reducidas de las regiones de la Costa y el Oriente (13). Sin embargo, es importante destacar que este servicio no era de carácter obligatorio, lo que resultaba en que las áreas remotas continuaban careciendo de atención médica. Específicamente el 8 de julio de 1970 se firma el decreto N. 44 que establece el “plan nacional de medicatura rural” en el gobierno de Velasco Ibarra en el cual era requisito indispensable para los profesionales de medicina odontología, obstetricia y enfermería. (13) Sin embargo, para ese año apenas existía 83 médicos provenientes de la Universidad Central del Ecuador. En

ese mismo año fueron creados 100 CPS en la costa, amazonia y sierra, pero 17 de ellos se estuvieron desabastecidos. No obstante, para el año siguiente ya se sumaron los profesionales de odontología, obstetricia y enfermería. A la actualidad, el año de salud rural consta de aproximadamente 6000 a 7000 profesionales, con el fin de realizar promoción y prevención de la salud. A pesar de contar con un numero significativo de profesionales en áreas rurales, los CPS se encuentran muy descuidados a nivel nacional lo que repercute en brindar una atención de calidad(13).

4.2.2. Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS

En mayo de 2004 en el Ecuador se aprueba el “Modelo de Atención Integral”, basado en la Atención Primaria de Salud. Posteriormente, 7 años después en el 2011 se publica, como una importante herramienta para su ejecución en el Registro Oficial el Manual del Modelo de Atención Integral de Salud, MAIS (14).

Su implementación ha permitido fortalecer el papel del “centro de salud” como la principal entrada al sistema de salud. En los CPS, se atiende al 80% de los problemas de salud de la población y se realizan actividades de promoción y prevención tanto dentro como fuera de los establecimientos. Los hospitales básicos y generales, en el segundo nivel, y los de especialidades, en el tercer nivel, se encargan de tratar casos más complejos, logrando acercar los servicios de salud a la población, mejorar la eficacia y eficiencia, y especializar los establecimientos hospitalarios. Además, ha impulsado la creación de la Red Pública Integral de Salud, compuesta por establecimientos de salud públicos, y la Red Complementaria, formada por establecimientos de salud privados, como parte del Sistema Nacional de Salud. Todo

ello se realiza en un esquema de trabajo organizado y coordinado, en beneficio de la salud de la población.(14)

El MAIS-FCI se enfoca en crear oportunidades y sistemas que ayuden a las personas y las organizaciones sociales locales a tener dominio sobre los factores determinantes de la salud, mediante procesos informativos, educativos continuos y una participación activa. Esto permitirá que ejerzan plenamente sus derechos y responsabilidades en materia de salud. El fortalecimiento del MAIS-FCI implica, el diseño e implementación de estrategias que permitan incorporar el enfoque holístico de la salud de las culturas ancestrales y llevar a la práctica el enfoque intercultural en todos los niveles de atención. Para lograr este objetivo, se requiere, entre otras medidas, capacitar al personal de salud en el enfoque intercultural, fomentar actitudes y condiciones que respeten los conocimientos y prácticas de salud de los usuarios, e involucrar activamente a los actores de la medicina ancestral y alternativa, de modo que contribuyan a revitalizar, fortalecer y enriquecer sus saberes y prácticas en pro de una atención integral (14).

4.2.3. Estructura operativa

A través del “Acuerdo Ministerial expedido en el año 2010, se aprobó un Manual organizado de la Red de Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades Operativas por niveles”(7) los cuales se mencionan y detallan a continuación:

- I Nivel: (complejidad baja) se encuentran los puestos de salud, centros de salud los cuales ofrecen atención ambulatoria, fomento y promoción de la salud, prevención de la enfermedad y recuperación de la salud(7). Todos

- promueven acciones básicas de saneamiento ambiental y participación comunitaria.
- II nivel: (complejidad intermedia), se encuentran conformados por hospitales básicos y hospitales generales, que además de la atención de primer nivel, ofrecen hospitalización de corta estancia.(7) El hospital básico ofrece atención ambulatoria y hospitalaria de medicina general, gineco-obstetricia, pediatría y cirugía. El hospital general ofrece, además de lo mencionado, especialidades de acuerdo con su perfil epidemiológico y auxiliares diagnósticos y tratamiento de mayor complejidad. (7) Los consultorios de especialidad clínico-quirúrgicos y los centros de especialidades, así mismo, los hospitales del día son parte de este nivel. (7)
 - III nivel: (complejidad alta) están compuestos por los hospitales especializados y de especialidad, y los centros especializados que ofrecen hospitalización en una especialidad o subespecialidad, y atienden a toda la población del país a través de referencia, además realizan docencia e investigación.(7) Están ubicadas en ciudades consideradas como polos de desarrollo y de mayor concentración poblacional.(7)

4.3. Centros primarios de salud

4.3.1. Concepto

Los establecimientos de salud del primer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública son los más cercanos a la población y facilitan la coordinación de la atención. Ofrecen servicios de promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación de la salud, rehabilitación y cuidados paliativos. Además, brindan

atención de urgencia y emergencia según su capacidad resolutive, aseguran la referencia, derivación, contrarreferencia y referencia inversa adecuadas, y garantizan la continuidad y longitud de la atención.(7) Promueven acciones de salud pública según las normas establecidas por la Autoridad Sanitaria Nacional. Estos establecimientos son ambulatorios y se encargan de resolver problemas de salud de corta estancia. El primer nivel de atención sirve como puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud(7).

4.3.2. Tipología

- I Nivel: (complejidad baja) se encuentran los puestos de salud, centros de salud los cuales ofrecen atención ambulatoria, fomento y promoción de la salud, prevención de la enfermedad y recuperación de la salud (7). Todos promueven acciones básicas de saneamiento ambiental y participación comunitaria:
 - Puesto de Salud: “Es un establecimiento de salud que brinda atención ambulatoria a través de consulta externa itinerante de profesionales en medicina general, familiar o general integral, odontología general, obstetricia y/o psicología clínica; contando con un servicio de enfermería permanente”. (15). También pueden laborar en este establecimiento, técnicos en atención primaria, y auxiliares de enfermería. Puede, además, contar con botiquín para entrega de medica memos y dispositivos módicos, y puesto periférico de toma de muestras(15).
 - Consultorios Generales: “Es un establecimiento de salud que brinda atención ambulatoria, a través de consulta externa, por un profesional de la salud con título de tercer nivel en medicina general, obstetricia, odontología general,

nutrición o psicología clínica” Puede contar con un área de procedimientos mínima, acorde a la cartera de servicios definida por la Autoridad Sanitaria Nacional(15).”

- Centro de Salud
 - Tipo A: “Es un establecimiento del Sistema Nacional de Salud que atiende a una población de 3.000 a 10.000 habitantes, asignados o adscritos, que presta servicios de atención integral de medicina familiar, promoción y recuperación de la salud, prevención de la enfermedad, actividades de participación comunitaria, cuidados paliativos y salud oral. Cuenta además con farmacia/botiquín institucional” (15).

Para cumplir con su objetivo cuenta con un Equipo de Atención Integral de Salud como Médica/o, Enfermera/o, Odontóloga/o, Técnico de Atención Primaria de Salud, Otros profesionales de la salud (1 profesional), Administrativos (1 profesional en Admisión, manejo de archivo, farmacia)(16).

- Tipo B: “Es un establecimiento del Sistema Nacional de Salud que atiende a una población de 10.000 a 25.000 habitantes, asignados o adscritos, que brinda acciones de salud de promoción, prevención, recuperación de la salud y cuidados paliativos, a través de los servicios de medicina general, odontología y enfermería; Además, se integró las afectaciones a la salud mental como un problema de atención prioritaria debido a su alta frecuencia y las graves consecuencias que generan a nivel individual, familiar y social,

así como también puede disponer de servicios de apoyo en nutrición y trabajo social. Dispone de servicios auxiliares de diagnóstico en laboratorio clínico, imagenología básica, opcionalmente audiometría y farmacia institucional; promueve acciones de salud pública y participación social; cumple con las normas y programas de atención del Ministerio de Salud Pública. Atiende referencia y contrarreferencia” (15).

Para cumplir con su objetivo cuenta con un Equipo de Atención Integral de Salud como Médica/o , Enfermera/o , Odontóloga/o , Técnico de Atención Primaria de Salud , Psicóloga/o (1 o 2 profesionales) , Otros profesionales de la salud (12 profesionales), Administrativos (4 profesionales en Admisión, manejo de archivo, farmacia)(16).

- Tipo C: “Es un establecimiento del Sistema Nacional de Salud que atiende a una población de 25.000 a 50.000 habitantes, asignados o adscritos y que realiza acciones de promoción, prevención, recuperación de la salud, rehabilitación y cuidados paliativos, a través de los servicios de medicina general y de especialidades básicas (ginecología y pediatría), odontología, psicología, enfermería, maternidad de corta estancia y emergencia; dispone de servicios auxiliares de diagnóstico en laboratorio clínico, imagenología básica, opcionalmente audiometría, farmacia institucional; promueve acciones de salud, pública y participación social; Atiende partos (con pertinencia intercultural) y urgencias”. (15). Atiende referencia y contrarreferencia.

Para cumplir con su objetivo cuenta con un Equipo de Atención Integral de Salud como Médica/o , Enfermera/o , Odontóloga/o , Técnico de Atención Primaria de Salud

- Psicóloga/o (1 o 2 profesionales)
 - Otros profesionales de la salud (18 a 26 profesionales)
 - Administrativos (4 profesionales en Admisión, manejo de archivo y farmacia)(16).
-
- El Cálculo de población por profesional que rige por el sector público es para la zona urbana de 1 por cada 4000 habitantes y zona rural de 1 por cada 1.500 a 2.500 habitantes y los odontólogos es de 1 por cada 5.000 habitantes(14).

4.4. Distrito Metropolitano de Quito

4.4.1. Historia

El Distrito Metropolitano de Quito (DMQ) es la capital de la República del Ecuador y de la provincia de Pichincha. Además. Fue declarada por la UNESCO como "Patrimonio Cultural de la Humanidad", el 18 de septiembre de 1978. (17).La ciudad está dividida en tres zonas claramente definidas y que se caracterizan por sus matices arquitectónicos y particularidades culturales: en el norte se ubica el Quito moderno, donde se erigen grandes estructuras urbanas y comerciales. (17). El centro o Quito antiguo reúne el legado colonial-artístico y ofrece un ambiente cautivador, cuando se desarrollan procesiones

religiosas y eventos culturales. En el sector sur se puede ubicar núcleos de expresión juvenil, que impulsan nuevas formas de cultura e interacción social(17).

4.4.2. Distribución geográfica

El Distrito Metropolitano de Quito (DMQ) tiene una superficie de 4.183 km², donde habitan 2´781.641 personas, distribuidas en 65 parroquias: 32 parroquias urbanas y 33 parroquias rurales las cuales se mencionan en la tabla 1, 2 y se visualiza en ilustración 1 y 2(18).

Tabla 1. Lista de Parroquias rurales DMQ Actualidad

1. Alangasí	12. Guangopolo	23. Pifo
2. Amaguaña	13. Guayllabamba	24. Píntag
3. Atahualpa	14. La Merced	25. Pomasqui
4. Calacalí	15. Llano Chico	26. Puéllaro
5. Calderón	16. Lloa	27. Puenbo
6. Conocoto	17. Nanegal	28. San Antonio de Pichincha
7. Cumbayá	18. Nanegalito	29. San José de Minas
8. Chavezpamba	19. Nayón	30. Tababela
9. Checa	20. Nono	31. Tumbaco
10. El Quinche	21. Pacto	32. Yaruquí

11. Gualea	22. Perucho	33. Zámbriza
------------	-------------	--------------

Fuente: Chacón D, y Col. Informe de Calidad de Vida, 2020.(18)

Ilustración 1. Mapa Distrito Metropolitano de Quito- Rural



Fuente: Chacón D, y Col. Informe de Calidad de Vida. (18)

Tabla 2. Lista parroquias urbanas DMQ actualidad

1. Carcelén	12. Guamaní	23. Ponceano
2. Centro Histórico	13. Iñaquito	24. Puengasí
3. Chilibulo	14. Itchimbía	25. Quitumbe

4. Chillogallo	15. Jipijapa	26. Rumipamba
5. Chimbacalle	16. Kennedy	27. San Bartolo
6. Cochapamba	17. La Argelia	28. San Juan
7. Comité del Pueblo	18. La Ecuatoriana	29. Solanda
8. Concepción	19. La Ferroviaria	30. Turubamba
9. Cotocollao	20. La Libertad	31. Belisario Quevedo
10. Condado	21. La Mena	32. El Inca
11. Magdalena	22. Mariscal Sucre	-

Fuente: Chacón D, y Col. Informe de Calidad de Vida, 2020(18)

Ilustración 2. Mapa Zona Urbana DMQ



Fuente: Chacón D, y Col. Informe de Calidad de Vida. (18)

Además, el DMQ ciudad está dividida en 8 administraciones zonales, que cumplen con la función de la descentralización- desconcentración institucional y el sistema de gestión participativa. Las administraciones son las siguientes con sus respectivas parroquias que la conforman:

1. **La Delicia:** Nanegal, Nanegalito, Pacto, Gualea, Calacalí, San Antonio de Pichincha, Pomasqui, Nono, El Condado, Comité del Pueblo, Carcelén, Ponceano, Cotacollao. (19).
2. **Calderón:** Calderón, Llano Chico. (19).

3. **Eugenio Espejo:** Concepción, Cochapamba, Kennedy, El Inca, Jipijapa, Belisario Quevedo, Rumipamba, Iñaquito, Mariscal Sucre, Nayón, Zámbriza, Atahualpa, Chavezpamba, Perucho, Puéllaro, San José de Minas. ((19).
4. **Manuela Sáenz:** Centro Histórico, San Juan, Itchimbía, La Libertad, Puengasí.
5. **Eloy Alfaro:** La Argelia, Chimbacalle, La Magdalena, Chilibulo, San Bartolo, La Mena, La Ferroviaria, Solanda, Lloa. (19).
6. **Tumbaco:** Cumbayá, Tumbaco, Puembo, Pifo, Checa, Tababela, Yaruquí, El Quinche, Guayllabamba. (19).
7. **Valle de los Chillos:** Conocoto, Guangopolo, Alangasí, La Merced, Píntag, Amaguaña. (19).
8. **Quitumbe:** La Ecuatoriana, Chillogallo, Quitumbe, Guamaní, Turubamba(19).

Ilustración 3. Administraciones Zonales DMQ



Fuente: Chacón D, y Col. Informe de Calidad de Vida. (18)

4.4.3. Distribución geográfica del DMQ según el MSP

Por otro lado, desde el enfoque de la salud en el país, en el año 2013 el país se dividió en unidades operativas de salud, zonas y distritos a partir del acuerdo Ministerial 00004521. La zona 9 que corresponde específicamente al DMQ está constituida por 9 distritos (17D01 al 17D09). La finalidad de los distritos es ser una unidad básica de planificación y prestación de servicios públicos. A nivel nacional cada distrito tiene un aproximado de 90 mil habitantes, pero esto varía en las grandes ciudades, en este caso como Quito(20). Los distritos son los siguientes:

- 17D01: Nanegal -Gualea
- 17D02: Calderon- Llano Chico- Guayllabamba
- 17D03: El Condado - Calacali
- 17D04: Puengasi - Itchimbia
- 17D05: La Concepción- Zambiza
- 17D06: Chililbulo - Lloa
- 17D07: Chillogallo – La Ecuatoriana
- 17D08: Conocoto - La Merced
- 17D09: Tumbaco - Tababela

Ilustración 4. Distritos de DMQ



Fuente: Ministerio de Salud Pública. Rendición de Cuentas, 2016

5. Metodología y diseño de la investigación

5.1.1. Tipo de estudio

El presente trabajo de investigación es descriptivo por lo que analizará el número y distribución de los centros primarios de salud del Distrito Metropolitano de Quito según su crecimiento poblacional en zonas urbanas y rurales desde el año 2000 comparándolas con el año 2022, con el fin de determinar si estos centros de atención primaria abastecen a la población que se les ha asignado respectivamente.

Y por otro lado se analizará la condición actual de los CPS tomando una muestra propositiva tanto en zonas rurales como urbanas del DMQ con el fin de validar si las mismas cuentan con estándares requeridos por la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de la Salud y Medicina Prepagada – ACCESS.

Área de estudio

El área de estudio del presente trabajo se realizará en Ecuador-Pichincha- Distrito Metropolitano de Quito en los Puestos de Salud y Centros de Salud Tipo A del MSP que pertenecen al DMQ.

5.2. Métodos e instrumentos de recolección de datos

Muestreo no probabilístico.

- Criterios de inclusión:
 - Puestos de Salud y Centros de Salud tipo A
 - CPS del Ministerio de Salud Pública
 - CPS que estén dentro del Distrito Metropolitano de Quito

- Criterios de exclusión:
 - Centros de salud primarios del IESS, ISSFFA, ISSPOL y privados
 - Centros de Salud tipo B
 - Centros de Salud tipo C
 - Consultorios generales

5.3. Universo y muestra

5.3.1. Universo

El Universo que se define como la totalidad de los elementos que presentan una determinada característica(21). En el presente estudio serán tomados en cuenta los Centros de Salud de Primer Nivel del Distrito Metropolitano de Quito que forman parte concretamente del Ministerio de Salud Pública. Existen 117 centros de salud primarios, entre Puestos de Salud (4) y Centros de Salud tipo “A”, (38) Casas de salud se encuentran en zona rural y (75) en zona urbana que forman parte del MSP las cuales, se mencionan en la tabla a continuación: (7).

Tabla 3. Cantidad de CPS por parroquia. Zona Rural

RURAL			
1	CALDERON (CARAPUNGO)	4	9%
2	PACTO	2	5%
3	NAYON	2	5%
4	CUMBAYA	2	5%
5	PINTAG	2	5%
6	AMAGUAÑA	2	5%
7	ZAMBIZA	2	5%
8	ALANGASI	2	5%
9	GUALEA	1	2%
10	PUEMBO	1	2%
11	TABABELA	1	2%
12	SAN JOSE DE MINAS	1	2%

13	EL QUINCHE	1	2%
14	PERUCHO	1	2%
15	LA MERCED	1	2%
16	PUELLARO	1	2%
17	LLANO CHICO	1	2%
18	YARUQUI	1	2%
19	PIFO	1	2%
20	NANEGAL	1	2%
21	POMASQUI	1	2%
22	ATAHUALPA (HABASPAMBA)	1	2%
23	CHECA (CHILPA)	1	2%
24	GUANGOPOLO	1	2%
25	NONO	1	2%
26	GUAYLLABAMBA	1	2%
27	CALACALI	1	2%
28	LLOA	1	2%
TOTAL		38	100%

Fuente: Geosalud 2022

Tabla 4. Cantidad de CPS - Puesto de Salud

ZONA RURAL			
Nro.	PARROQUIA	CPS	%
1	CHAVEZPAMBA	1	25%
2	GUALEA	2	50%
3	PUEMBO	1	25%
TOTAL		4	100%

Fuente: Geosalud 2022

Tabla 5. Cantidad de CPS por parroquia. Zona Urbana

URBANO			
Nro.	PARROQUIA	CPS	%
1	EL CONDADO	5	7%
2	LA ARGELIA	5	7%
3	PUENGASI	5	7%
4	LA FERROVIARIA	5	7%
5	GUAMANI	4	5%
6	CHILLOGALLO	4	5%
7	COCHAPAMBA	4	5%
8	QUITUMBE	4	5%
9	LA ECUATORIANA	4	5%
10	SAN JUAN	4	5%
11	LA MENA	3	4%
12	SAN BARTOLO	3	4%
13	CHIMBACALLE	3	4%
14	SOLANDA	3	4%
15	CENTRO HISTORICO	3	4%
16	LA LIBERTAD	2	3%
17	COMITE DEL PUEBLO	2	3%
18	BELISARIO QUEVEDO	2	3%
19	SAN ISIDRO DEL INCA	2	3%
20	CARCELEN	2	3%
21	MARISCAL SUCRE	1	1%
22	KENNEDY	1	1%
23	TURUBAMBA	1	1%
24	IÑAQUITO	1	1%
25	LA MAGDALENA	1	1%
26	PONCEANO	1	1%
TOTAL		75	100%

Fuente: Geosalud 2022

5.3.2. Muestra

Para analizar la condición actual de CPS, se define una muestra propositiva en zona rural que cumple con el 23% de la muestra total. Las parroquias rurales seleccionadas se extienden por toda la periferia del Distrito Metropolitano de Quito, abarcando tanto las áreas del norte como las del sur, así como también las zonas occidentales y orientales que conforman este distrito. Asimismo, en este mismo estudio se evidencia que algunas de ellas han tenido un considerable crecimiento poblacional en los últimos 20 años por lo tanto son consideradas dentro de esta muestra, por lo tanto, se realizó la visita presencial de los siguientes CPS:

Tabla 6. Muestra Propositiva de evaluación. Zona Rural

Nro.	PARROQUIA RURAL	NÚMERO CPS	%
1	CALDERON	2	5%
2	PUEMBO	1	2%
3	NAYON	1	2%
4	TABABELA	1	2%
5	NANEGAL	1	2%
6	AMAGUAÑA	1	2%
7	POMASQUI	1	2%
8	CALACALI	1	2%
9	LLOA	1	2%
TOTAL		10	23%

Fuente: Geosalud 2022

Tabla 7. CPS por parroquia. Zona Rural

PARROQUIA	NOMBRE DEL CPS	DISTRITO
CALDERÓN	SAN JOSE DE MORAN	17D02
	MARIANITAS	17D02
PUEMBO	MANGAHUANTAG	17D09
NAYÓN	TANDA	17D05
TABABELA	TABABELA	17D09
AMAGUAÑA	CENTRO DE SALUD AMAGUAÑA	17D08

POMASQUI	POMASQUI	17D03
NANEGAL	CENTRO DE SALUD DE NANEGAL	17D01
CALACALI	CALACALI	17D03
LLOA	LLOA	17D06

Fuente: Geosalud 2022

Por otro lado, se realiza una muestra propositiva en zona urbana que cumple con el 13% de la muestra total. Las parroquias escogidas se encuentran distribuidas desde los extremos sur y norte hacia el centro de la urbe, misma que se detalla en la tabla a continuación:

Tabla 8. Muestra Propositiva de evaluación. Zona Urbana

Nro.	PARROQUIA URBANA	NÚMERO CPS	%
1	GUAMANI	1	1%
2	QUITUMBE	1	1%
3	CHIMBACALLE	1	1%
4	CENTRO HISTORICO	1	1%
5	BELISARIO QUEVEDO	1	1%
6	SAN JUAN	1	1%
7	IÑAQUITO	1	1%
8	PONCEANO	1	1%
9	CONDADO	1	1%
TOTAL		9	13%

Fuente: Geosalud 2022

Así mismo, de estas parroquias se realizó una visita presencial y una guía técnica de observación que permitió evaluar las condiciones actuales de los centros de salud y su servicio de atención hacia la comunidad.

Tabla 9. CPS por Parroquia. Zona Urbana

PARROQUIA	NOMBRE DEL CPS	DISTRITO
GUAMANI	LA INMACULADA	17D07
QUITUMBE	PUEBLO UNIDO	17D07
CHIMBACALLE	CHIRILLACU BAJO	17D06
SAN JUAN	SAN JUAN QUITO	17D04

CENTRO HISTORICO	EL PANECILLO	17D04
BELISARIO QUEVEDO	SAN VICENTE DE LAS CASAS	17D05
IÑAQUITO	PLAYA RICA	17D05
PONCEANO	EL CONDADO	17D03
EL CONDADO	MENA DEL HIERRO	17D03

Fuente: Geosalud 2022

5.4. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de Datos

Para llevar a cabo el análisis y comparación de datos tanto de número de CPS así como de población por parroquia del DMQ se recopila información de distintas fuentes oficiales de investigaciones autónomas realizadas. Así mismo para cumplir con los objetivos estratégicos de este trabajo, se realiza una guía de observación la cual se detalla en el anexo I.

Tabla 10. Operacionalización de variables

Variable	Valor	
Acceso vial	Adoquinada Asfaltada	Cualitativa nominal
Distancia de parada de transporte publico	< 3cuadras de distancia	Cuantitativa discreta
	4 a 8 cuadras de distancia	
	>9 cuadras de distancia	
Rampa para personas de movilidad reducida	Cumple No cumple	Cualitativa nominal dicotómica
El CPS ha sido remodelado	Si No	Cualitativa nominal dicotómica
Horarios de atención visuales	Si No	Cualitativa nominal dicotómica
Modalidad de agendamiento en el CPS	Call center Turno directo Otros	Cualitativa nominal

En qué estado se encuentra fachada del CPS	Bueno Regular Malo	Cualitativa ordinal
En qué estado se encuentra piso del CPS	Bueno Regular Malo	Cualitativa ordinal
En qué estado se encuentra paredes	Bueno Regular Malo	Cualitativa ordinal
En qué estado se encuentra techo	Bueno Regular Malo	Cualitativa ordinal
El CPS cuenta con medicina general	Si No	Cualitativa nominal dicotómica
El CPS cuenta con medicina familiar	Si No	Cualitativa nominal dicotómica
El CPS cuenta con odontología	Si No	Cualitativa nominal dicotómica
El CPS cuenta con enfermería	Si No	Cualitativa nominal dicotómica
El CPS cuenta con obstetricia	Si No	Cualitativa nominal dicotómica
El CPS cuenta con nutrición	Si No	Cualitativa nominal dicotómica
El CPS cuenta con psicología	Si No	Cualitativa nominal dicotómica

Fuente: Guía de observación estudio 2023

Elaboración: Propia

5.5. Análisis e interpretación de resultados

5.5.1. Análisis de número y distribución CPS del DMQ según su crecimiento poblacional en zonas urbanas y rurales

Según el análisis realizado en el año 2000 los CPS del DMQ se encontraban distribuidos por 16 áreas de salud de las cuales, 34% correspondían a zonas rurales y 66% a zonas urbanas, sin embargo, en el año 2012, mediante Registro Oficial Edición Especial Nro. 290, la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo SENPLADES deciden descentralizar niveles administrativos, por lo tanto los CPS ahora pertenecen a “Distritos” ya que estos representan la unidad básica de planificación y prestación de los servicios públicos, dando como resultado actual 9 distritos en el DMQ.

Zona Rural

Realizando la comparación de número de CPS del año 2000 con el año 2022 en la zona rural, se puede identificar que en el año 2000 existían 40 CPS, sin embargo, en año 2022 se tiene 42 CPS, por lo tanto, existe un incremento de 5%.

Como se puede observar en la Tabla 11, existe un incremento de un (1) CPS en parroquias de Alangasí, Amaguaña, Calderón, Nayón, Puembo y Zambiza, lo que da un total de 6 CPS nuevos en año 2022, pero al mismo tiempo existe una disminución de un 1 CPS en parroquias como, Conocoto, la Merced, San Antonio de Pichincha y Tumbaco, lo que da un total de 4 CPS menos en el año 2022. Cabe mencionar que esta disminución equivale a CPS de tipo A, sin embargo en estas parroquias existen centros de salud primarios de mayor complejidad de tipo “C y B” respectivamente. El

resto de las 22 parroquias rurales han mantenido la misma cantidad de CPS desde el 2000 a la fecha analizada.

De igual forma, realizando la comparación del análisis poblacional por parroquia en la zona rural del DMQ. Se puede observar en la Tabla 11. A continuación que existe un incremento del 187% de población total del año 2022 vs el año 2000.

Tabla 11. Comparación Nro. CPS y Población rural año 2000 vs Año 2022

NRO.	PARROQUIA RURAL	Nro. CPS AÑO 2000	Nro. CPS AÑO 2022	Diferencia Nro CPS	Nro. Habitantes Año 2000	Nro. Habitantes Año 2022	%Incremento
1	ALANGASI	1	2	1	15.523	34.639	123%
2	AMAGUAÑA	1	2	1	23.541	41.710	77%
3	ATAHUALPA	1	1	0	2.901	1.941	-33%
4	CALACALI	1	1	0	4.918	4.205	-14%
5	CALDERON	3	4	1	26.007	282.830	988%
6	CHAVEZPAMBA	1	1	0	1.303	722	-45%
7	CHECA	1	1	0	5.382	11.128	107%
8	CONOCOTO	1	0	-1	33.078	130.082	293%
9	CUMBAYA	2	2	0	17.366	48.097	177%
10	EL QUINCHE	1	1	0	9.409	20.295	116%
11	GUALEA	3	3	0	4.238	1.904	-55%
12	GUANGOPOLO	1	1	0	2.343	4.497	92%
13	GUAYLLABAMBA	1	1	0	9.966	21.861	119%
14	LA MERCED	2	1	-1	5.237	13.693	161%
15	LLANO CHICO	1	1	0	6.152	19.188	212%
16	LLOA	1	1	0	1.904	1.564	-18%
17	NANEGAL	1	1	0	3.845	2.722	-29%
18	NAYON	1	2	1	8.091	25.946	221%
19	NONO	1	1	0	2.041	1.703	-17%
20	PACTO	2	2	0	4.985	4.769	-4%
21	PERUCHO	1	1	0	941	789	-16%
22	PIFO	1	1	0	9.023	22.867	153%
23	PINTAG	2	2	0	16.111	22.474	39%
24	POMASQUI	1	1	0	19.270	43.165	124%
25	PUELLARO	1	1	0	7.694	5.191	-33%
26	PUEMBO	1	2	1	8.626	17.078	98%

27	SAN ANTONIO DE PICHINCHA	1	0	-1	17.508	54.398	211%
28	SAN JOSE DE MINAS	1	1	0	10.655	6.932	-35%
29	TABABELA	1	1	0	2.532	3.913	55%
30	TUMBACO	1	0	-1	32.591	65.803	102%
31	YARUQUI	1	1	0	10.582	23.466	122%
32	ZAMBIZA	1	2	1	3.223	5.659	76%
TOTALES		40	42	2	326.986	945.231	189%

Fuente: MSP: Sistema Regionalizado de Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades de Salud 1999. Geosalud 2022. Elaboración Propia.

Según el Manual Operativo de la Red Nacional Integrada de Servicios de Salud un CPS TIPO A tiene asignada una población estimada de 3.000 a 10.000 habitantes (22). Por lo tanto, con los datos obtenidos de población año 2000 vs número de centros de salud del mismo año en parroquias rurales, podemos concluir que existía un déficit de 8 CPS en un total 6 parroquias según su población, por lo cual era necesario incorporar esta cantidad de CPS para poder atender al número de habitantes en ese año, evidentemente con el crecimiento poblacional, la población desatendida aumento significativamente.

Tabla 12. Análisis de Población vs Cantidad de CPS en Parroquias Rurales año 2000

PARROQUIA RURAL	NRO. CPS 2000	COBERTURA DE CPS (POBLACIÓN)	POBLACIÓN AÑO 2000	POBLACIÓN DESATENDIDA 2000	CPS MÍNIMOS REQUERIDOS PARA POBLACIÓN DESATENDIDA
CONOCOTO	1	10.000	33.078	23.078	2
TUMBACO	1	10.000	32.591	22.591	2
AMAGUAÑA	1	10.000	23.541	13.541	1
POMASQUI	1	10.000	19.270	9.270	1
SAN ANTONIO DE PICHINCHA	1	10.000	17.508	7.508	1
ALANGASI	1	10.000	15.523	5.523	1

Fuente: MSP: Sistema Regionalizado de Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades de Salud 1999. Geosalud 2022. Elaboración Propia.

Así mismo, con los datos obtenidos de población año 2022 vs número de centro de salud del mismo año en parroquias rurales, a diferencia del año 2000, existe un déficit de 66 CPS en un total 15 parroquias debido a su crecimiento poblacional en los últimos 22 años como se puede observar en la tabla 13, la brecha ha aumentado 8 veces su déficit de CPS para cubrir la población desatendida y puedan brindar de forma oportuna sus servicios a la población. El resto de las parroquias que en la tabla no se mencionan, abastecen su población.

Tabla 13. Análisis de Población vs Cantidad de CPS en Parroquias Rurales año 2022

PARROQUIA RURAL	NRO. CPS 2022	COBERTURA DE CPS (POBLACIÓN)	POBLACIÓN AÑO 2022	POBLACIÓN DESATENDIDA 2022	CPS MÍNIMOS REQUERIDOS PARA POBLACIÓN DESATENDIDA
CALDERON	4	40.000	282.830	242.830	24
CONOCOTO	0	-	130.082	130.082	13
TUMBACO	0	-	65.803	65.803	7
SAN ANTONIO DE PICHINCHA	0	-	54.398	54.398	5
CUMBAYA	2	20.000	48.097	28.097	3
POMASQUI	1	10.000	43.165	33.165	3
AMAGUAÑA	2	20.000	41.710	21.710	2
ALANGASI	2	20.000	34.639	14.639	1
NAYON	2	20.000	25.946	5.946	1
YARUQUI	1	10.000	23.466	13.466	1
PIFO	1	10.000	22.867	12.867	1
GUAYLLABAMBA	1	10.000	21.861	11.861	1
EL QUINCHE	1	10.000	20.295	10.295	1
LLANO CHICO	1	10.000	19.188	9.188	1
LA MERCED	1	10.000	13.693	3.693	1

Fuente: MSP: Sistema Regionalizado de Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades de Salud 1999. Geosalud 2022. Elaboración Propia.

El déficit de CPS puede ser una causa de que la población acuda a casas de salud de mayor complejidad por patologías que pueden ser resueltas en este nivel de atención.

Zona Urbana

Por otro lado, realizando la comparación de número de los CPS del año 2000 con el año 2022 en la zona urbana, se puede identificar que en el año 2000 existían 81 CPS, sin embargo, en año 2022 existen 75 CPS, por lo tanto, existe una disminución del 8% en cuanto al número de CPS. Cabe mencionar que algunos han sido renombrados, nuevos o han sido redistribuidos en nuevas parroquias y otros han sido removidos en su totalidad, por lo tanto, es importante tomar en consideración y validar su distribución actual.

Tabla 14. CPS que han sido removidos en el periodo del 2000 al año 2022.

Nro	PAROQUIA	NOMBRE DEL CPS
1	CARCELEN	COLINAS DEL NORTE
2	CHILLOGALLO	HACIENDA IBARRA
3	CHIMBACALLE	PUENGASI III
4	COTOCOLLAO	CARCELEN ALTO
5	ELOY ALFARO	LUCHA DE LOS POBRES
6	GUAMANI	GUAMANI
7	LA MAGDALENA	JESUS DEL GRAN PODER
8	SAN BLAS	PLAZA ARENAS
9	SAN BLAS	LA BASILICA
10	SAN BLAS	CIPRIANA DUEÑAS
11	SANTA PRISCA	MERCADO SANTA CLARA
12	LAS CUADRAS	SOLANDA INTEGRAL

Fuente: Rodas E, MSP. Sistema Regionalizado de Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades de Salud 1999. (1)

Así mismo, existen 50 CPS que según la información del Sistema Regionalizado de Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades de Salud(1). han

sido reasignados a nuevas parroquias por su ubicación geográfica actual los cuales se mencionan en la Tabla 15.

Tabla 15. CPS Reasignados en Parroquias 2022 vs 2000

NRO.	NOMBRE DEL CPS	PARROQUIA AÑO 2000	PARROQUIA AÑO 2022
1	MARTHA BUCARAM DE ROLDOS	CHILLOGALLO	LA ECUATORIANA
2	LA INMACULADA	CHILLOGALLO	GUAMANI
3	TURUBAMBA	CHILLOGALLO	SOLANDA
4	SANTA CRUZ	CHILLOGALLO	LA ECUATORIANA
5	SAN JOSE DE MONJAS	CHIMBACALLE	PUENGASI
6	PUENGASI I	CHIMBACALLE	PUENGASI
7	PUENGASI II	CHIMBACALLE	PUENGASI
8	CHIRILLACU ALTO	CHIMBACALLE	LA FERROVIARIA
9	UNION DE CIUDADELAS	CHIMBACALLE	LA FERROVIARIA
10	FERROVIARIA BAJA	CHIMBACALLE	LA FERROVIARIA
11	FERROVIARIA ALTA	CHIMBACALLE	LA FERROVIARIA
12	OBRERO INDEPENDIENTE	CHIMBACALLE	PUENGASI
13	LA FLORESTAL	CHIMBACALLE	LA FERROVIARIA
14	LA PULIDA	CONCEPCIÓN	COCHAPAMBA
15	COCHAPAMBA SUR	CONCEPCIÓN	COCHAPAMBA
16	BELLA VISTA SANTA ANITA	CONCEPCIÓN	COCHAPAMBA
17	EL CONDADO	COTOCOLLAO	PONCEANO
18	JAIME ROLDOS	COTOCOLLAO	EL CONDADO
19	PISULI	COTOCOLLAO	EL CONDADO
20	MENA DEL HIERRO	COTOCOLLAO	EL CONDADO
21	PLAYA RICA	EL BATAN	IÑAQUITO
22	CAUPICHU	EL BEATERIO	TURUBAMBA
23	LA BOTA	SAN ISIDRO DEL INCA	COMITÉ DEL PUEBLO
24	AIDA LEON	ELOY ALFARO	LA ARGELIA

25	YERBA BUENA I	ELOY ALFARO	LA ARGELIA
26	YERBA BUENA II	ELOY ALFARO	LA ARGELIA
27	LA ARGELIA	ELOY ALFARO	LA ARGELIA
28	ORIENTE QUITEÑO	ELOY ALFARO	LA ARGELIA
29	QUITO SUR	LA MAGDALENA	SAN BARTOLO
30	LA RAYA	LA MAGDALENA	LA MENA
31	TARQUI	LA MAGDALENA	LA MENA
32	NUEVA AURORA	LA MAGDALENA	LA LIBERTAD
33	ISLA DE SOLANDA	VILLAFLOA	SOLANDA
34	ASISTENCIA SOCIAL	LAS CUADRAS	QUITUMBE
35	EL BLANQUEADO	LAS CUADRAS	QUITUMBE
36	PUEBLO UNIDO	LAS CUADRAS	QUITUMBE
37	SAN MARTIN DE PORRES	LAS CUADRAS	QUITUMBE
38	GANGOTENA POSSE	SAN ROQUE	CENTRO HISTORICO
39	TOCTIUOCO	SAN ROQUE	SAN JUAN
40	EL PLACER	SAN ROQUE	SAN JUAN
41	SAN JUAN QUITO	SAN ROQUE	SAN JUAN
42	SAN JUAN INDEPENDIENCIA	SAN ROQUE	SAN JUAN
43	EL PANECILLO	SAN ROQUE	CENTRO HISTORICO
44	SAN VICENTE DE LAS CASAS	SANTA PRISCA	BELISARIO QUEVEDO
45	SANTA CLARA DE SAN MILLAN	SANTA PRISCA	BELISARIO QUEVEDO
46	GATAZO	VILLAFLOA	SAN BARTOLO
47	PROMOCIÓN FAMILIAR	VILLAFLOA	SAN BARTOLO
48	EL CARMEN	VILLAFLOA	SOLANDA
49	SANTA BARBARA	VILLAFLOA	LA MENA
50	LA ECUATORIANA	GUAMANI	LA ECUATORIANA

Fuente: Sistema Regionalizado de Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades de Salud 1999.(1)

En el caso de CPS Carapungo 1 y 2, en el año 2000, según el Sistema Regionalizado de Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades de Salud. (1), lo categoriza como Centro de Salud de tipo urbano, pero en la actualización del año 2022, CPS Carapungo 2 es removido como Centro de Salud y Carapungo 1 se categoriza como zona rural, por lo tanto, numéricamente se considera que disminuye en 2 (dos) CPS.

Con el propósito de efectuar una comparación tanto del número de CPS como de la población entre los años 2000 y 2022, se limitará la consideración únicamente a los CPS correspondientes a parroquias que no han experimentado ni eliminaciones ni reasignaciones en los últimos 22 años, con el fin de asegurar una comparación más precisa y fiable, por lo tanto, la muestra comparativa se reduce a un 50% como se muestra en la tabla 16.

Tabla 16. Comparación Nro. CPS y Población Urbana año 2000 vs Año 2022

NRO.	PARROQUIA URBANA	Nro. CPS AÑO 2000	Nro. CPS AÑO 2022	Diferencia Nro CPS	Nro. Habitantes Año 2000	Nro. Habitantes Año 2022	%Incremento
1	CARCELEN	3	2	-1	16.549	73.429	344%
2	CHIMBACALLE	14	3	-11	136.723	34.611	-75%
3	CONCEPCION	3	0	-3	44.818	24.845	-45%
4	COTOCOLLAO	5	0	-5	58.582	29.482	-50%
5	GUAMANI	5	4	-1	43.432	108.804	151%
6	LA LIBERTAD	1	2	1	2.016	26.769	1228%
7	LA MAGDALENA	6	1	-5	84.393	27.385	-68%
8	SAN ISIDRO DEL INCA	4	2	-2	25.796	56.019	117%

9	TOTAL	41	14	-27	412.309	381.344	-8%
---	--------------	-----------	-----------	------------	----------------	----------------	------------

Fuente: MSP: Sistema Regionalizado de Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades de Salud 1999. Geosalud 2022. Elaboración Propia.

Si analizamos también la población asignada vs los centros de salud del año 2000 en parroquias urbanas de la muestra comparada, podemos concluir que existía un déficit de 4 CPS en un total de 3 parroquias según su población, por lo cual era necesario incorporar esta cantidad de CPS para poder atender a 47.793 habitantes en ese entonces, el resto de las parroquias de la muestra comparada que en la tabla 17 no se mencionan, abastecen su población.

Tabla 17. Análisis de Población vs Cantidad de CPS en Parroquias Urbanas año 2000

PARROQUIA URBANA	NRO. CPS 2000	COBERTURA DE CPS (POBLACIÓN)	POBLACIÓN AÑO 2000	POBLACIÓN DESATENDIDA 2000	CPS MÍNIMOS REQUERIDOS PARA POBLACIÓN DESATENDIDA
CONCEPCIÓN	3	30.000	44.818	14.818	1
COTOCOLLAO	5	50.000	58.582	8.582	1
LA MAGDALENA	6	60.000	84.393	24.393	2

Fuente: MSP: Sistema Regionalizado de Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades de Salud 1999. Geosalud 2022. Elaboración Propia.

Así mismo, con los datos obtenidos de población año 2022 vs número de centro de salud del mismo año en parroquias urbanas, a diferencia del año 2000, existe un déficit de 25 CPS en el 100% parroquias de la muestra comparada debido a su crecimiento poblacional en los últimos 22 años como se puede observar en la tabla 18, la brecha ha aumentado 6 veces su déficit de CPS para cubrir la

población desatendida y puedan brindar de forma oportuna sus servicios a la población(1,2).

Tabla 18. Análisis de Población vs Cantidad de CPS en Parroquias urbana año 2022

PARROQUIA RURAL	NRO. CPS 2022	COBERTURA DE CPS (POBLACIÓN)	POBLACIÓN AÑO 2022	POBLACIÓN DESATENDIDA 2022	CPS MÍNIMOS REQUERIDOS PARA POBLACIÓN DESATENDIDA
CARCELEN	2	20.000	73.429	53.429	5
CHIMBACALLE	3	30.000	34.611	4.611	1
CONCEPCION	0	-	24.845	24.845	2
COTOCOLLAO	0	-	29.482	29.482	3
GUAMANI	4	40.000	108.804	68.804	7
LA LIBERTAD	2	20.000	26.769	6.769	1
LA MAGDALENA	1	10.000	27.385	17.385	2
SAN ISIDRO DEL INCA	2	20.000	56.019	36.019	4

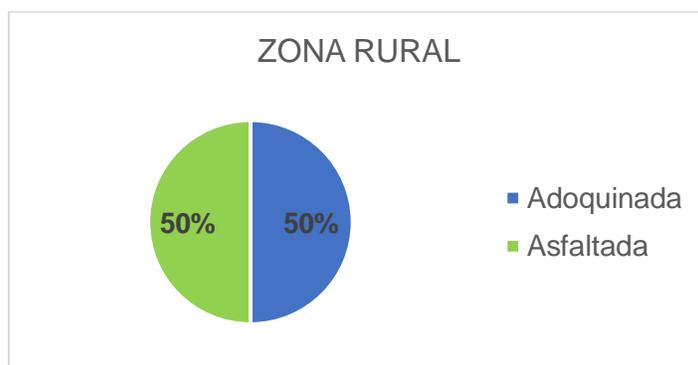
Fuente: MSP: Sistema Regionalizado de Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades de Salud 1999. Geosalud 2022. Elaboración Propia.

5.2.2. Análisis de la condición actual de los CPS en zonas rurales y urbanas del DMQ con una muestra propositiva.

De acuerdo con la guía de observación en el anexo I, el cual incluye las definiciones y operacionalización de cada variable, se realiza una evaluación de condiciones actuales de los centros de salud seleccionados en la sección 5.3.2 evidenciando los siguientes resultados:

En CPS de zonas rurales visitados se evidencia que el 50% tiene un acceso vial adoquinado, mientras que el 50% restante tiene un acceso vial asfaltado lo que permite al usuario acudir al CPS sin complicaciones.

Gráfico 1. Acceso Vial Zona Rural



Fuente: Guía de observación estudio 2023
Elaboración: Propia

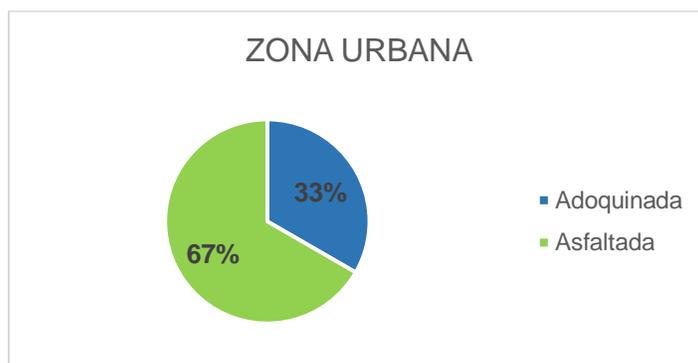
Tabla 19. Acceso Vial Zona Rural

¿Cómo es el acceso vial al CPS ?	RURAL
Adoquinada	5
Asfaltada	5

Fuente: Guía de observación estudio 2023
Elaboración: Propia

Por otro lado, se evidencia que en CPS de zonas urbanas visitadas el 33% tiene un acceso vial adoquinado, mientras que el 67% restante tiene un acceso vial asfaltado lo que permite de igual forma al usuario acudir al CPS sin complicaciones.

Gráfico 2. Acceso Vial Zona Urbana



Fuente: Guía de observación estudio 2023
Elaboración: Propia

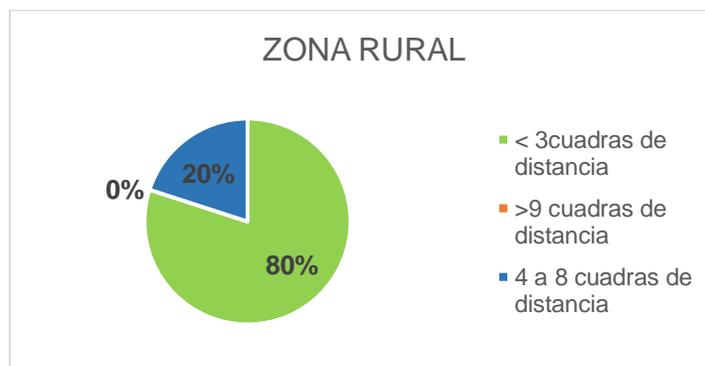
Tabla 20. Acceso Vial Zona Urbana

¿Cómo es el acceso vial al CPS ?	URBANO
Adoquinada	3
Asfaltada	6

Fuente: Guía de observación estudio 2023
Elaboración: Propia

EL 80% de CPS de Zonas Rurales visitados cuenta con una parada de transporte público a menos de 3 cuadras de distancia, lo cual beneficia al usuario acceder a los servicios que este brinda.

Gráfico 3. Cercanía Transporte Público Zona Rural



Fuente: Guía de observación estudio 2023
Elaboración: Propia

Tabla 21. Cercanía Transporte Público Zona Rural

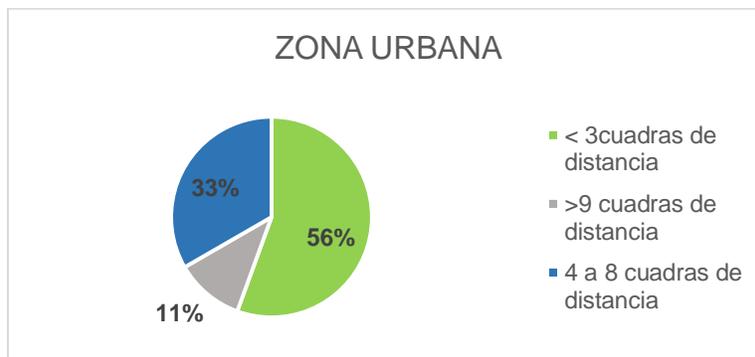
¿Qué tan cercana es la parada de transporte público al CPS ?	RURAL
< 3cuadras de distancia	8
4 a 8 cuadras de distancia	2
>9 cuadras de distancia	0

Fuente: Guía de observación estudio 2023

Elaboración: Propia

Por otro lado, en zona rural, el 56% de CPS cuenta de igual forma con una parada de transporte público a menos de 3 cuadras de distancia, sin embargo, existe un 44% de CPS que tienen más de 4 cuadras de distancia lo cual dificulta más a los usuarios acceder al centro de Salud en caso de que no cuenten con movilización propia, lo que podría ser una causa a que no acudan a este tipo de atención y decidan optar por otro centro de salud ya sean privados u otros que no correspondan a sus parroquias que no han sido asignados.

Gráfico 4. Cercanía Transporte Público Zona Urbana



Fuente: Guía de observación estudio 2023

Elaboración: Propia

Tabla 22. Cercanía Transporte Público Zona Urbana

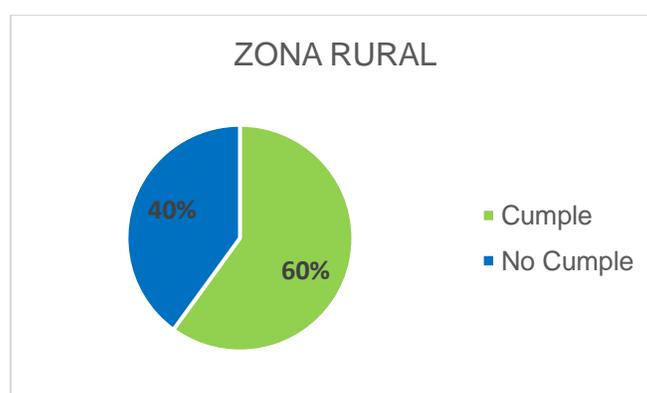
¿Qué tan cercana es la parada de transporte público al CPS ?	URBANO
< 3cuadras de distancia	5
>9 cuadras de distancia	1
4 a 8 cuadras de distancia	3

Fuente: Guía de observación estudio 2023

Elaboración: Propia

Un aspecto de significativa relevancia consiste en verificar la adecuación de los CPS en lo que respecta a la disponibilidad de rampas de acceso, con el propósito de facilitar la entrada de personas con discapacidad, con el fin de promover la inclusión de aquellas personas que presentan limitaciones en su movilidad, por lo tanto, se evidenció que en zonas rurales el 60% cumple con esta disposición, sin embargo en CPS de Calacalí (Calacalí), Mangahuntag (Puembo), tababela (Tababela) y San José de Moran (Calderón) no cuentan con rampas de acceso para personas con capacidad de movilidad reducida.

Gráfico 5. Rampas de Acceso personas con discapacidad - Zona Rural



Fuente: Guía de observación estudio 2023

Elaboración: Propia

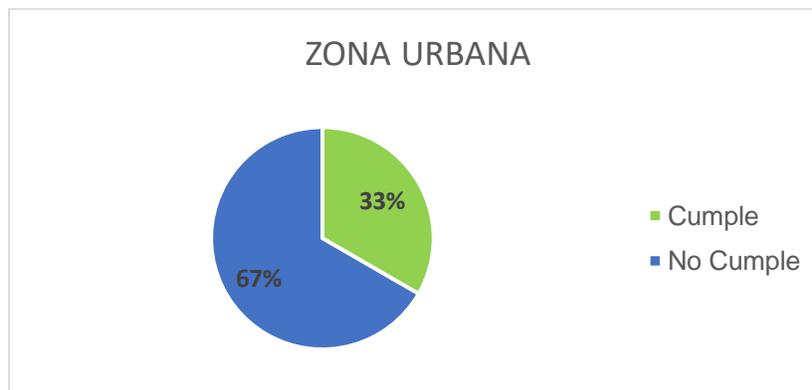
Tabla 23. Rampas de Acceso personas con discapacidad - Zona Rural

¿El CPS cumple con rampa de acceso para personas con capacidad de movilidad reducida?	RURAL
Cumple	6
No Cumple	4

Fuente: Guía de observación estudio 2023
Elaboración: Propia

Así mismo, en zona urbanas EL 67% no cuenta con rampas de acceso para personas con discapacidad en CPS como El Condado, Mena de Hierro (Condado), San Vicente de las Casas (Belisario Quevedo), San Juan Quito (San Juan), Chirillacu Bajo (Chimbacalle), Pueblo Unido (Quitumbe); esto es motivo de inquietud, dado que, en virtud de ser centros de atención primaria, deberían estar más al cuidado en cuanto a proporcionar y ofrecer atención a las personas con discapacidad.

Gráfico 6. Rampas de Acceso personas con discapacidad - Zona Urbana



Fuente: Guía de observación estudio 2023
Elaboración: Propia

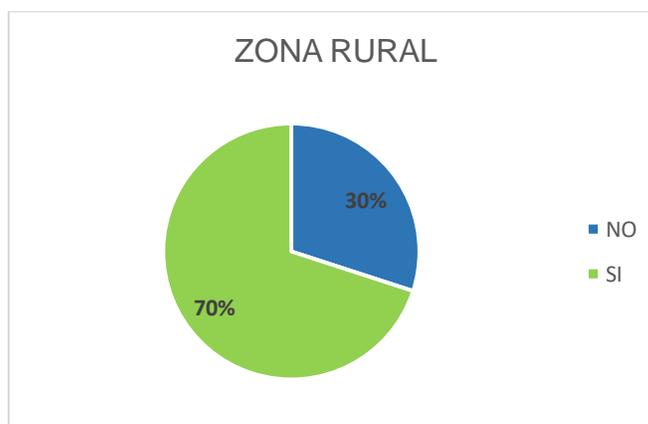
Tabla 24. Rampas de Acceso personas con discapacidad - Zona Urbana

¿El CPS cumple con rampa de acceso para personas con capacidad de movilidad reducida?	URBANO
Cumple	3
No Cumple	6

Fuente: Guía de observación estudio 2023
Elaboración: Propia

Una vez validado acceso, se realizó la evaluación de instalaciones, para esto se evalúa en primera instancia si el CPS ha sido remodelado, de lo cual se realizó preguntas a las personas de los alrededores, dando como resultado que en zonas rurales el 70% de los CPS si han sido remodelados no necesariamente por el Estado sino por GAD parroquiales, ONG o apoyo comunitario.

Gráfico 7. Remodelación de CPS en Zonas Rurales



Fuente: Guía de observación estudio 2023
Elaboración: Propia

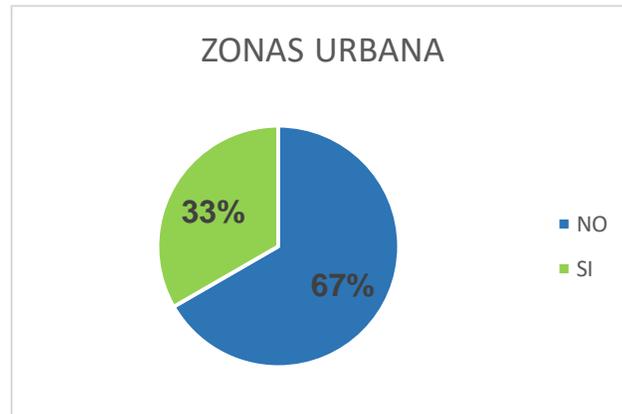
Tabla 25. Remodelación de CPS en Zonas Rurales

¿El CPS ha sido remodelado?	RURAL
NO	3
SI	7

Fuente: Guía de observación estudio 2023
Elaboración: Propia

Mientras que en zonas urbanas el 67% de CPS no han sido remodelados en los últimos, por lo que no necesariamente se asegura que el CPS cumpla con un entorno interno y externo funcional, que respete las necesidades higiénicas y sanitarias para los usuarios que acuden al mismo.

Gráfico 8. Remodelación en Zonas Urbanas



Fuente: Guía de observación estudio 2023
Elaboración: Propia

Tabla 26. Remodelación en Zonas Urbanas

¿El CPS ha sido remodelado?	URBANO
NO	6
SI	3

Fuente: Guía de observación estudio 2023
Elaboración: Propia

Evaluando las instalaciones de los CPS tanto de zona rural como de zona urbana, se tienen los siguientes los siguientes resultados:

En la zona rural tanto fachada, piso, paredes y techo en promedio el 80% de la muestra están buenas condiciones, es decir; las superficies de pintura están en buen estado, son superficies uniformes lisas y resistentes, no se observan goteras ni desperfectos ni iluminaciones no funcionales a pesar de que se encuentran en zonas rurales.

Tabla 27. Infraestructura Zona Rural

ZONA RURAL	BUENO	REGULAR	MALO
¿En qué estado se encuentra la fachada del CPS?	70%	20%	10%
¿En qué estado se encuentran el piso interior del CPS?	70%	20%	10%
¿En qué estado se encuentran las paredes interiores del CPS?	80%	10%	10%
¿En qué estado se encuentra en Techo interior del CPS?	90%	10%	0%

Fuente: Guía de observación estudio 2023

Elaboración: Propia

Por otro lado, en zonas urbanas, a diferencia de zonas urbanas, en promedio el 58% de la muestra cuenta con las instalaciones que se encuentran en condiciones regulares, es decir las superficies de pinturas externas se encuentran deterioradas , existen aflojamientos en los pisos con fisuras y erosiones menores o desgastes de circulación, existen cuarteamientos en paredes, y presencia de pequeños desperfectos en áreas internas, lo cual puede ocasionar disconformidad en usuarios y puede generar situaciones de insalubridad en ciertas situaciones en diferentes centros de salud.

Tabla 28. Infraestructura Zona Urbana

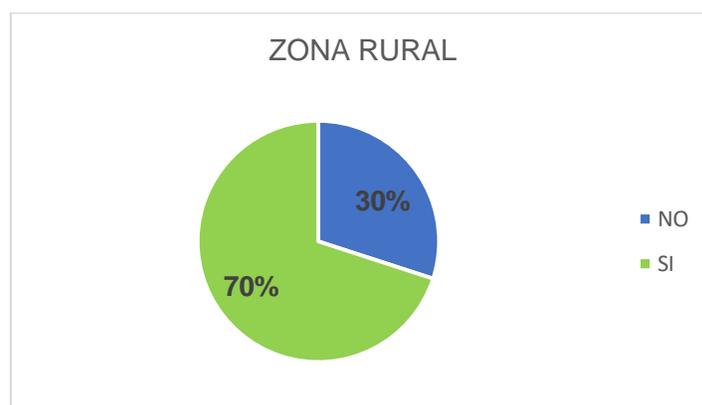
ZONA URBANA	BUENO	REGULAR	MALO
¿En qué estado se encuentra la fachada del CPS?	33%	44%	23%
¿En qué estado se encuentran el piso interior del CPS?	33%	55%	12%
¿En qué estado se encuentran las paredes interiores del CPS?	33%	66%	1%
¿En qué estado se encuentra en Techo interior del CPS?	22%	66%	12%

Fuente: Guía de observación estudio 2023

Elaboración: Propia

Los horarios de atención visibles al público es una variable importante para considerar, ya que el usuario puede saber la disponibilidad del CPS para acudir y hacer uso de sus servicios, en zonas rurales el 70% de CPS cuenta con estos horarios visibles al público, por lo tanto, ellos podrán conocer cuando acudir a la atención.

Gráfico 9. Horarios de Atención Zona Rural



Fuente: Guía de observación estudio 2023

Elaboración: Propia

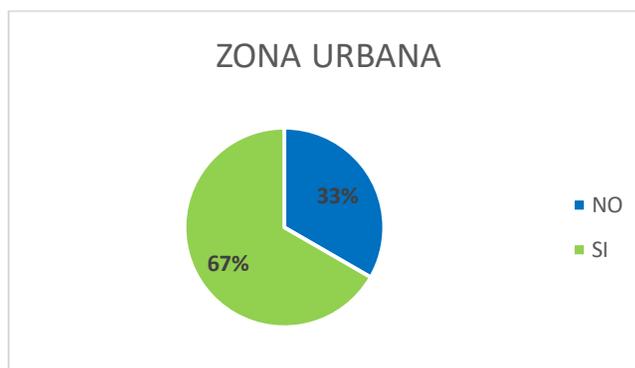
Tabla 29. Horarios de Atención Zona Rural

¿Cuenta de Horarios de Atención visuales al público?	RURAL
NO	3
SI	7

Fuente: Guía de observación estudio 2023
Elaboración: Propia

Así mismo, en zonas urbanas se cuenta con un 67% de horarios de atención al público, lo cual es mas amigable para que el usuario pueda acceder a los servicios del CPS.

Gráfico 10. Horarios de Atención Zona Urbano



Fuente: Guía de observación estudio 2023
Elaboración: Propia

Tabla 30. Horarios de Atención Zona Urbano

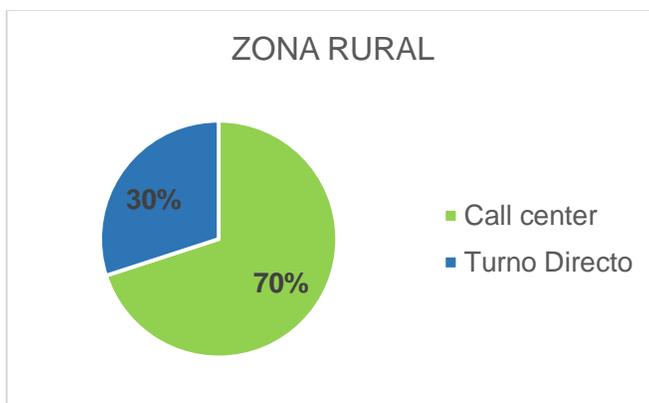
¿Cuenta de Horarios de Atención visuales al público?	URBANO
NO	3
SI	6

Fuente: Guía de observación estudio 2023
Elaboración: Propia

Otra variable que se evalúa es si la atención a cada CPS es a través de agendamiento de cita o algún otro medio, dando como resultado los siguientes resultados, en zona Rural

el 70% de CPS cuentan con agendamiento de citas a través de call center llamando a la línea 171 Línea directa de MSP.

Gráfico 11. Agendamiento de citas - Zona Rural



Fuente: Guía de observación estudio 2023
Elaboración: Propia

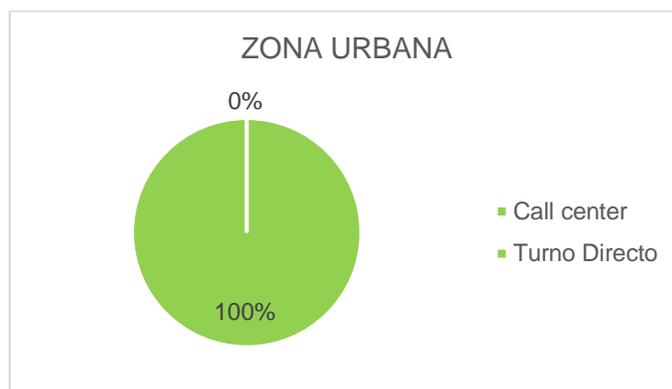
Tabla 31. Agendamiento de citas - Zona Rural

Tipo de Agendamiento	RURAL
Call center	7
Turno Directo	3

Fuente: Guía de observación estudio 2023
Elaboración: Propia

Por otro lado, en la zona Urbana el 100% es agendamiento a través de cita a través de call center llamando al 171, sin embargo, en caso de asistir sin cita, los usuarios se quedarán en cola de espera en caso de que alguna persona que agendó cita no acuda a su cita podrán ser atendidos. Sin embargo, las personas con agendamiento tendrán prioridad sobre las anteriores.

Gráfico 12. Agendamiento de citas - Zona Urbana



Fuente: Guía de observación estudio 2023
Elaboración: Propia

Tabla 32. Agendamiento de citas - Zona Urbana

Tipo de Agendamiento	URBANO
Call center	9
Turno Directo	0

Fuente: Guía de observación estudio 2023
Elaboración: Propia

En cuanto a la cartera de servicios, según la normativa de MAIS es un requisito que los CPS cumplan con servicios de MEDICINA GENERAL, FAMILIAR, ODONTOLOGIA Y ENFERMERIA (14) tanto en zona rural como en zona urbana, en las visitas realizadas se pudo identificar lo siguiente:

Tabla 33. Porcentaje de Cumplimiento de Cartera de servicios CPS rural y Urbano

CARTERA DE SERVICIOS	% CUMPLIMIENTO ZONA RURAL	% CUMPLIMIENTO ZONA URBANA
MEDICINA GENERAL	100%	100%
MEDICINA FAMILIAR	100%	100%
ENFERMERIA	100%	100%
ODONTOLOGÍA	100%	100%
PSICOLOGÍA	50%	50%
OBSTETRICIA	60%	77%
NUTRICIÓN	40%	0%

Fuente: Guía de observación estudio 2023
 Elaboración: Propia

El 100% de CPS en ambas zonas cumplen con la normativa de cartera de servicios, sin embargo, existen algunos CPS que ofrecen otros servicios como psicología, obstetricia y nutrición, esto puede darse debido a necesidades de la población que en muchos casos necesita de estos servicios como por ejemplo personas que se encuentran mal nutridos, mujeres embarazadas y personas que requieren salud mental, sin embargo cabe mencionar que en zonas urbanas ningún CPS de los escogidos en la muestra cuenta con servicios de nutrición a pesar de las necesidades que la población pueda llegar a tener.

6. Discusión

El presente trabajo de investigación analizó el número y distribución de los centros primarios de salud del Distrito Metropolitano de Quito según su crecimiento poblacional en zonas urbanas y rurales desde el año 2000 comparándolas con el año 2022, con el fin de determinar si estos centros de atención primaria abastecen a la población que se les ha asignado respectivamente. Con los resultados obtenidos se evidencia que existe un déficit de 6 CPS en el área urbana y por otro lado existe el mismo número CPS en el área rural teniendo en cuenta que la población ha crecido en un 50% en estos 22 años; aumentando exponencialmente hasta en 8 veces la población desatendida en el año 2000 versus 2022.

Realizando la comparación de número de CPS del año 2000 con el año 2022 en la zona rural, se puede identificar que en el año 2000 existían 40 CPS y en el año 2022 se tiene 42 CPS un incremento del 5%, adicional a esto es importante mencionar que el estado estructural (fachada, techo, suelo y paredes internas) de los CPS en esta zona se encuentran en su mayoría en buen estado. En lo que respecta a cartera de servicios además de medicina general, medicina familiar, enfermería en la zona rural la mitad de los CPS visitados tienen el servicio de psicología, 60% obstetricia y 40% en nutrición.

En la parte urbana el número de CPS en el año 2000 era de 81 CPS y para el año 2022 hubo un recuento de 75 hay que tener en cuenta que en comparación hubo 12 CPS que ya no constan y 5 que constan como nuevos. Además, es importante tomar en cuenta que alrededor de 50 CPS han sido reasignados a nuevas parroquias. El estado estructural (fachada, techo, suelo y paredes internas) de los CPS en esta zona se encuentran en su mayoría en un estado regular, lo cual denota una falta de interés en

consolidar y fortalecer la APS en el área urbana. Los servicios ofertados en los CPS visitados en el área urbana, cuentan con medicina general, odontología, enfermería, existe una mayor cobertura en el área de obstetricia en comparación al área rural; la mitad de los CPS cuentan con psicología, y lastimosamente ninguno de estos CPS cuentan con el servicio de nutrición, siendo este tipo de atención y asesoría fundamental para prevenir y mejorar el estado de salud de los habitantes.

Gracias a los resultados obtenidos se ha evidenciado que se incrementó la brecha del déficit en los CPS dentro del Distrito Metropolitano de Quito, teniendo en cuenta que estos pueden resolver alrededor del 80% de las patologías prevalentes de la población, sería importante que estos resultados se extrapolen a nivel nacional detallándolo a nivel cantonal como se encuentra actualmente el número de CPS de acuerdo con su población.

Dentro de la investigación existieron ciertas dificultades, como por ejemplo la distribución parroquial del distrito metropolitano de Quito en el año 2000 versus el año 2022 lo cual limitó el poder generar una comparación del 100% de los datos obtenidos, ya que de acuerdo con esta nueva reasignación de los CPS en otras parroquias para el año 2022, los datos comparables fueron de aproximadamente el 50% dentro del área urbana.

Por otro lado, el análisis poblacional realizado se obtuvo a partir de proyecciones poblaciones del Distrito Metropolitano de Quito, de la guía 2022 de la Secretaria de Salud del Municipio, ya que aún no se tienen los datos actualizados del último censo nacional del 2022 por parte del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC).

En un estudio realizado en China sobre los retos que presenta la salud primaria, menciona que en la ciudad Shenzhen de forma autónoma gestiono mejoras continuas en salud primaria fortaleciendo los centros primarios de salud dentro de la ciudad, equipándolos de insumos, personal de salud, entre otros. Gracias a estas reformas en el área de salud y un manejo autónomo de la misma han mejorado la esperanza de vida hasta 81 años, similar al Reino Unido (23). En comparación con el presente estudio es evidente e indispensable enfocarse en una mejora continua de la atención primaria de salud, fortaleciendo centros primarios de atención.

Por otro lado, un estudio realizado por la revista "The Lancet" sobre la calidad de los sistemas sanitarios de salud refleja que a través de la cobertura universal es posible mejorar la calidad del sistema de salud tomando en cuenta que con un modelo de atención primario solido es posible cubrir la mayor parte de las patologías prevalentes en la población(24). Por lo que es importante recalcar que en este estudio se ha evidenciado un déficit de los CPS lo que da como resultado una mayor cantidad de población desatendida por un sistema de salud de baja calidad.

En un artículo que analiza el estado de atención primaria en Chile en el cual se destacó el rol que cumplieron los centros primarios de salud durante la pandemia, en el que se desarrollaron nuevos programas de prevención en relación con el riesgo de contraer covid nuevamente, se fortaleció la atención médica a domicilio además del uso de otros medios como telemedicina o llamadas telefónicas(25). En conclusión, cuando se establecen funciones y objetivos solidos en la atención primaria es posible evitar colapsos en el sistema de salud.

7. Conclusiones

En los últimos 22 años en el DMQ ha existido un crecimiento poblacional notable, sin embargo, el crecimiento de los centros primarios de salud no ha ido acorde a este crecimiento poblacional. En el área rural existe un crecimiento poblacional de 618 mil habitantes lo que representa un 189%; siendo las parroquias de mayor crecimiento Calderón, Conocoto, Llano Chico, Nayón y Puembo.

Si bien, en la zona rural, la cantidad de CPS incrementa un 5% en los últimos 22 años, en base a los datos obtenidos y la comparación realizada, en el presente estudio se evidenció que no son los suficientes para cubrir las necesidades de la población.

Por otro lado, se pudo evidenciar que en el área urbana donde el crecimiento poblacional no fue tan elevado como en el área rural, el número de centros primarios de atención disminuyó en un 7% lo que genera un impacto negativo debido a que no se logra tener una cobertura adecuada para fomentar la prevención y promoción de la salud en la población de la ciudad.

La infraestructura de los CPS en zona urbana se encuentra en su mayoría en un estado regular, en contraste de la zona rural que la mayoría de los CPS la parte estructural se encuentra en mejor estado. Lo que genera un impacto negativo en brindar una adecuada atención al usuario, generando malestar y de manera indirecta obligando a los usuarios a buscar otras alternativas más lejanas y de mayor complejidad para resolución de patologías más simples o simplemente en la búsqueda de sus alimentos vacunas etc. Por lo que es importante repotenciar y mejorar los CPS urbano para que la población

haga uso de ellos y no se vea en la necesidad de usar casas de salud de mayor complejidad para patologías de fácil manejo.

Los servicios ofertados en los CPS urbanos y rurales han dejado a un lado la salud mental y la nutricional, siendo esta parte fundamental de la salud de un individuo y de una comunidad. Durante las visitas a los CPS nos encontramos que el servicio de psicología apenas estuvo presente en la mitad de los establecimientos urbanos tanto como rurales; y el servicio de nutrición apenas con el 40% de los CPS visitados en el área rural y lastimosamente no brinda el servicio en los CPS del área urbana.

Es importante mencionar que el acceso vial a los CPS tanto en el área urbana como en el área rural está en adecuadas condiciones, esto de cierta forma facilita que el usuario acuda al establecimiento sin la necesidad de hacer uso de carros particulares las cuales implican un gasto económico adicional. Además, la mayoría de los CPS cuenta con paradas de transporte público cerca de los establecimientos, evitando desplazamientos de largas distancias que incomoden al usuario. Por otro lado, se evidenció que el 67% CPS urbanos no cuenta con rampas de acceso a personas con movilidad reducida, lo cual es un limitante ya que al ser un centro de salud debería ser fundamental su implementación, a diferencia de los CPS de la zona rural que el 60% si lo cumple.

8. Recomendaciones

En primer lugar, es importante concientizar a las autoridades no solo de la salud sino de otras instituciones del estado que para lograr un sistema de salud sólido y funcional es imprescindible fortalecer los centros primarios de salud y así mejorar la atención primaria de salud. Centrándonos en un modelo sanitario con enfoque preventivo y no en el curativo

Para fortalecer la atención primaria de salud mediante los CPS (A, B y C) sería importante un análisis exhaustivo de abastecimiento de estos dentro del distrito metropolitano de quito con el fin de conocer si estos realmente cubren con las necesidades de la población actual. Debido a que existen parroquias en las cuales no existen CPS o los que hay tienen la cobertura sobre la población asignada.

De acuerdo con los resultados obtenidos de la infraestructura y estado de los CPS visitados dentro del área urbana, es de vital importancia repotenciarlos y remodelarlos, para que el usuario se sienta cómodo y satisfecho al momento de hacer uso de los servicios y no opte por cambiar de CPS u otra casa de salud de mayor complejidad, que involucre más gasto de bolsillo.

Es necesario que todos los CPS cuenten con servicios de psicología y nutrición, debido a que muchas patologías están ligadas a trastornos alimenticios que tienen como base un trasfondo emocional y estas pueden desencadenar en enfermedades crónico-metabólicas, y en consecuencia el uso de crónico de medicamentos para este tipo de patologías, que en la actualidad existen una escasez muy grave, que da como resultados pacientes mal controlados con gran probabilidad de tener complicaciones severas.

9. Bibliografía (normas Vancouver)

1. Ministerios de Salud Pública del Ecuador. Manual Operativo de la Red Nacional Integrada de Servicios de Salud. 1999. 5–6 p.
2. Narváez FCDCMASTA. ATLAS de la SALUD. QUITO: secretaria de Salud; 2023. 24–29 p.
3. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Geosalud.
4. Alma-Ata D. The Pan American Health Organization Promoting Health in the Americas [Internet]. 2012. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm
5. Declaración de Astaná.
6. Técnica N. Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Disponible en: www.salud.gob.ec
7. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. ACUERDO MINISTERIAL 5212 TIPOLOGIA PARA HOMOLOGAR ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR NIVELES [Internet]. 2015. Disponible en: www.lexis.com.ec
8. Ecuador ec. ¿Cuáles son las parroquias de Quito? Urbanas y Rurales [Internet]. 2020 [citado el 18 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://ecuadorec.com/parroquias-quito-urbanas-rurales/>
9. MINISTERIO DE FINANZAS. Acuerdo-Ministerial-313 DESCONCERTACION. 2013;2–3.
10. Ecuador. Organización panamericana de la salud. La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas. Noción; 2007. 318–319 p.
11. Estrella E. LA MEDICINA EN LOS PRIMEROS AÑOS DE LA REPUBLICA 1830-1835.
12. Ministerio de Salud Publica. Ministerio de Salud celebra 50 años de vida institucional. 2017.
13. Velatanga J. Historia, aportes y retos de la Salud Rural en el Ecuador, tras 50 años de vigencia. Redacción Médica [Internet]. el 28 de febrero de 2020 [citado el 18 de octubre de 2023]; Disponible en: <https://www.edicionmedica.ec/secciones/profesionales/historia-aportes-y-retos-de-la-salud-rural-en-ecuador-tras-50-anos-de-vigencia-95373>
14. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. Manual-MAIS-CE. 2018;46–7.

15. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL ECUADOR. ACUERDO MINISTERIAL 2020 TIPOLOGIA DE LOS CENTROS DE SALUD. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL ECUADOR. 2020;7-7.
16. Maria Pilar Lampert- Grassi. Sistemas de salud Ecuador. BIBLIOTECA NACIONAL DE CHILE . 2019;11-2.
17. GAD Prefectura de Pichincha. Distrito Metropolitano de Quito. 2017. p. 1.
18. CHACON D, FERNANDEZ S, FREIRE E, NUÑEZ G, PAZMIÑO J. INFORME DE CALIDAD DE VIDA. 2020.
19. Go Raymi. Parroquias de Quito [Internet]. 2020 [citado el 18 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.goraymi.com/es-ec/pichincha/quito/mapas/parroquias-quito-abzlc3d9s#:~:text=Guaman%C3%AD%2C%20I%C3%B1aquito%2C%20Ic himb%C3%ADa%2C%20Jipijapa,San%20Juan%2C%20Solanda%2C%20T urubamba>.
20. Uquillas O. Formato de Postulación “Premio Interamericano a la Innovación para la Gestión Pública Efectiva” I. Información General Estado miembro Postulante Institución pública Postulante [Internet]. 2013. Disponible en: www.planificacion.gob.ec
21. Pineda EBeatriz, Alvarado EL de., Hernández de Canales Francisca. Metodología de la investigación : manual para el desarrollo de personal de salud. Organización Panamericana de la Salud; 1994.
22. GEOSALUD. CS de Primer Nivel de Atención Ciudad de Quito. 2020;
23. Li X, Krumholz HM, Yip W, Cheng KK, De Maeseneer J, Meng Q, et al. Quality of primary health care in China: challenges and recommendations. Vol. 395, The Lancet. Lancet Publishing Group; 2020. p. 1802-12.
24. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. Vol. 6, The Lancet Global Health. Elsevier Ltd; 2018. p. e1196-252.
25. Cardemil M. Estado de la Atención Primaria de Salud en Chile [Internet]. 2022 jun. Disponible en: https://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-4812_recurso_1.pdf

10. Anexos

ANEXO I

Guía de observación

Centro de salud – DMQ

1. OBJETIVO DE LA OBSERVACIÓN

El objetivo principal de esta guía de observación es evaluar las condiciones actuales de los centros de salud seleccionados en la sección 5.3.2. de este trabajo con el propósito de validar si cumplen con los estándares y regulaciones establecidos por el ACCESS. A través de una observación sistemática, se busca identificar y documentar tanto los aspectos que cumplen con los estándares como aquellos que requieren mejoras o adecuaciones, con el fin de contribuir a la mejora de la calidad de los servicios de atención médica proporcionados por estos centros.

2. UNIDADES A EVALUAR

Se escogen 10 CPS de zona rural y 9 CPS de zona urbana como muestra propositiva que abarque desde las zonas periféricas hacia las zonas centrales de la urbe. En la sección 5.3.2 el detalle de cada una.

3. MÉTODO DE OBSERVACIÓN

Visita presencial a CPS, se realizarán observación del estado físico del CPS, y así mismo preguntas al personal que en el mismo se encuentre en la misma a través de entrevistas.

Los datos serán recopilados a través de un formulario Digital , mismo que posterior a ser completado con el 100% de la muestra escogida, podrán ser tabulados para la obtención de resultados.

4. ELEMENTOS O ITEMS DE OBSERVACIÓN

- **Información General:** Obtener detalles básicos sobre el centro de salud como horarios y servicios proporcionados.
- **Personal del CPS_ Recabar** información sobre la cantidad de personal que atiende el CPS
- **Instalaciones y Equipamiento:** Revisar la infraestructura de las instalaciones.

5. PARÁMETROS A SER EVALUADOS:

- **Información General:**

Parámetro	Método
Horarios	Visual
CPS Remodelado	Entrevista - SI / NO
Cartera de Servicios proporcionados	Visual / entrevista al personal del CPS
Agendamiento	Entrevista - Call center - Turno directo - Atención sin agendamiento

Se debe tomar en cuenta que los CPS deben cumplir con servicios mínimos requeridos de Medicina, Odontología y Enfermería, por lo tanto, se evaluará si cumple o no cumple.

Nota: En caso de que atiendan otras especialidades, se deberá detallar cuales son.

- **Personal CPS**

Parámetro	Método
Personal según cartera de servicios	Visual / Entrevista

Se evaluará si la cantidad de médicos de CPS está acorde a la cantidad de población de la parroquia y zona en donde el CPS está ubicado con el fin de validar si cumple con la norma del MAIS.

- **Instalaciones y Equipamiento**

Parámetro	Método
Infraestructura. - Fachada Exterior/Interior - Piso interior - Paredes interior - Techo Interior	Visual - Bueno - Regular - Malo
Accesibilidad - Accesible a personas con discapacidad o	Visual Cumple / no cumple

dificultad de movilización - Estado vial - Acceso a transporte Público	
---	--

Para categorizar instalaciones o equipamiento del CPS y dar su calificación, se otorgara según lo siguiente:

Instalación	Método	Bueno	Regular	Malo
Fachada	Visual	Superficie y Pintura en buen estado	Superficie y pintura externas deteriorada en pocas cantidades	Superficie y pintura externas deteriorada en grandes cantidades
Piso Interior	Visual	Superficies con textura uniforme, lisa, resistentes	Aflojamientos, fisuras, erosiones menores y desgastes por circulación	Deformaciones evidentes, aflojamientos, suciedad acumulada
Paredes interior	Visual	Superficies con textura uniforme, lisa, resistentes	CuarTEAMIENTOS no estructurales, desprendimientos ligeros de acabados	Deformaciones estructurales, grietas estructurales, humedad y contaminación por hongos
Techo interior	Visual	Sin goteras, sin desperfectos, iluminación funcional	Presencia de goteras, pequeños desperfectos, áreas de iluminación semifuncionales	Presencia de Filtraciones, goteras, iluminación no funcional

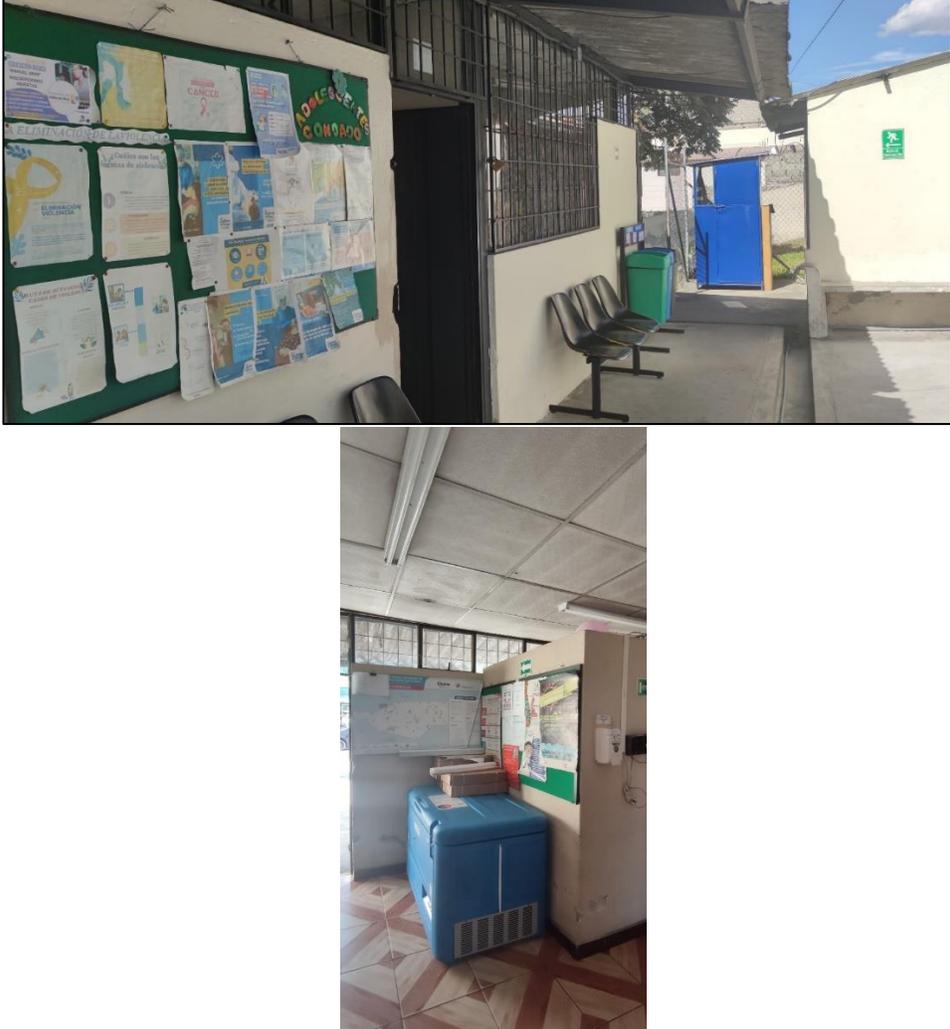
A continuación, el formulario en dónde se irá recopilando la información para que una vez visitados todos los CPS de la muestra propositiva, estos datos puedan ser tratados y analizados para su respectivo informe y conclusiones.

6. CRONOGRAMA DE VISITAS

CRONOGRAMA DE VISITAS							
ZONA URBANA							
NOMBRE DE CPS	18	19	20	21	22	25	26
LA INMACULADA							
PUEBLO UNIDO							
CHIRILLACU BAJO							
SAN JUAN QUITO							
EL PANECILLO							
SAN VICENTE DE LAS CASAS							
PLAYA RICA							
EL CONDADO							
MENA DEL HIERRO							
ZONA RURAL							
SAN JOSE DE MORAN							
MARIANITAS							
MANGAHUANTAG							
TANDA							
PUEMBO							
CENTRO DE SALUD AMAGUAÑA							
POMASQUI							
CENTRO DE SALUD DE NANEGALITO							
CALACALI							
LLOA							

ANEXO II

FOTOGRAFIAS DE CPS URBANOS Y RURALES

CENTRO DE SALUD	FOTOGRAFÍA
Centro de Salud El Condado	

**Centro de
Salud Mena
del Hierro**



**Centro de
Salud
Chiryacu
Bajo**



Centro de Salud La Inmaculada



Centro de Salud Pueblo Unido



**Centro de
Salud Playa
Rica**



Centro de Salud San Vicente de Las Casas



**Centro de
Salud El
Panecillo**



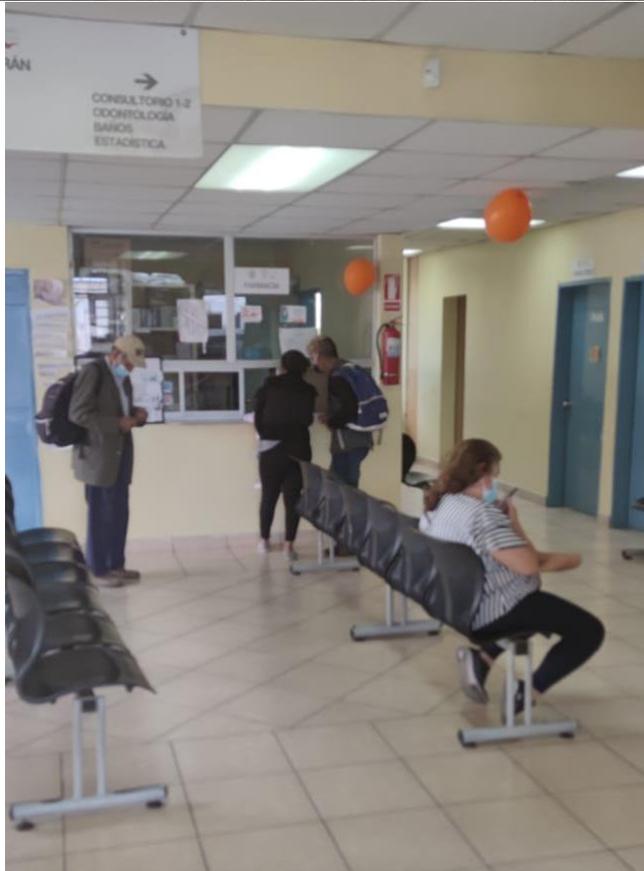
**Centro de salud
Pomasqui**



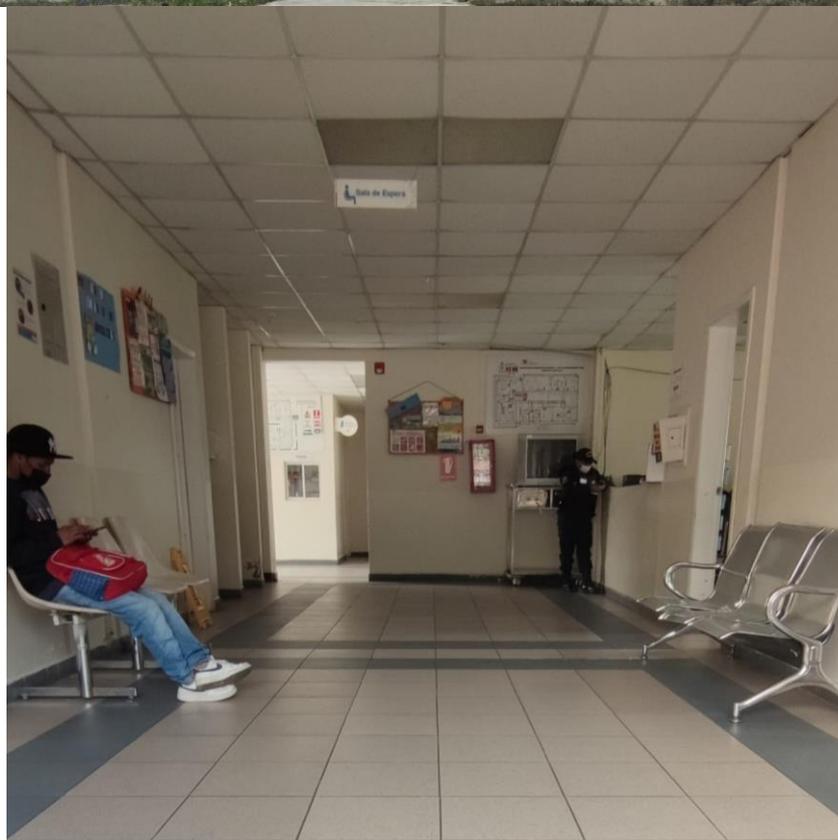
**Centro de
Salud
Marianitas**



Centro de Salud San José de Moran



Centro de Salud Lloa



**Centro de
Salud
Amaguaña**



**Centro de
Salud de
Tanda**



**Puesto de
Salud
Mangahuantag**



**Centro de salud
Tababela**

