



▶ Adscripción poblacional en el primer nivel de atención en Ecuador: retos y oportunidades*

Introducción

En Ecuador, la planificación e implementación del componente de prestación de servicios del sistema de salud se ha desarrollado en torno al crecimiento de unidades especializadas para la resolución de los problemas de salud de mediana y alta complejidad. Es decir, se basa en un modelo de manejo de los problemas de morbilidad.

La evidencia demuestra que el 80% de los problemas de salud pueden resolverse y atenderse de forma adecuada en el primer nivel de atención. Para ello, debe ser fortalecido para alcanzar una capacidad de resolución que permita dar una respuesta efectiva a la población. Asimismo, la población debe conocer los beneficios de acceder a servicios más cercanos a su comunidad y a su realidad. Este proceso requiere no sólo de condiciones técnicas para lograr que las personas y comunidades se sientan seguras y atendidas por los servicios del primer nivel más cercanos, requiere también procesos de comunicación y participación ciudadana para modificar la percepción de que son los hospitales los llamados a resolver sus problemas de salud.

Para garantizar un acceso universal de la población a los servicios sanitarios se requiere, entre otros elementos, un modelo asistencial con base en la atención primaria en salud, que reconozca al primer nivel como puerta de entrada al sistema. Pero también, se requiere una definición clara de la población objetivo y sus necesidades, así como una adecuada coordinación asistencial para la atención integral (Organización Panamericana de la Salud, 2010). En este escenario, la adscripción o registro de la población a nivel territorial es un componente relevante en la organización del sistema.

En Ecuador, el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) con Enfoque Familiar, Comunitario e Individual reconoce a la adscripción como una estrategia para el ordenamiento de la provisión de servicios a nivel territorial y que permite acercar los servicios a los individuos y la comunidad (Ministerio de Salud Pública, 2012). En ese contexto, han existido varias iniciativas de las instituciones públicas de salud para la generación e implementación de modelos de adscripción poblacional, orientadas a mejorar la organización del primer nivel de atención. Sin embargo, la adscripción poblacional no ha sido implementada con una visión de sistema, que permita el acceso oportuno y suficiente a servicios integrales de salud, y que además facilite una articulación de los niveles de atención y de las instituciones de salud.

La presente nota informativa tiene por objetivo realizar un análisis de las condiciones del sistema público de salud ecuatoriano para la construcción de un proceso de adscripción poblacional en el primer nivel de atención, a partir de un análisis de experiencias internacionales, iniciativas previamente desarrolladas en el país y elementos de la actual organización del sistema. La finalidad es identificar los retos y oportunidades para avanzar hacia una mejora de la organización y articulación en el primer nivel de atención sobre la base de un modelo de adscripción poblacional que contribuya al fortalecimiento del primer nivel de atención.

* La presente nota ha sido elaborada por Ana Cristina Mena, Coordinadora Nacional de Proyecto en Ecuador de la Oficina de la OIT para los Países Andinos y el equipo consultor de SIEDIES. Se basa en el informe de la consultoría para la elaboración de las condiciones del sistema público de salud para la construcción e implementación de un modelo de adscripción poblacional en el primer nivel de atención, desarrollado por SIEDIES, entre enero y mayo de 2021. El contenido de la presente nota es responsabilidad de los autores y no representa la opinión de la OIT.



Experiencias internacionales

Las redes integradas de servicios de salud tienen como uno de sus principales atributos un modelo asistencial con un primer nivel de atención multidisciplinario y que funciona como puerta de entrada al sistema de salud, una población objetivo definida con sus necesidades identificadas y un mecanismo de coordinación asistencial a lo largo de toda la prestación de servicios (Organización Panamericana de la Salud, 2010). En ese sentido, el primer nivel de atención juega un rol clave para la organización de los sistemas de salud.

Para el funcionamiento efectivo de cualquier sistema de salud, es necesario identificar la población objetivo, sus necesidades, así como también los recursos humanos, económicos y técnicos disponibles a fin de determinar las mejores estrategias para el acceso de la población a los servicios. La adscripción poblacional es uno de los mecanismos que contribuye a este objetivo.

La adscripción poblacional es el resultado del registro de los habitantes de un área geográfica determinada cuya atención sanitaria está asignada a un establecimiento de salud debido a su cercanía del domicilio o del lugar de trabajo. Con la adscripción se asigna un equipo de salud responsable de su atención integral, así como del acceso oportuno y la continuidad de la atención dentro de los diferentes niveles de atención a fin de satisfacer las necesidades de los usuarios/pacientes (Giovannella et al., 2015).

Entre los objetivos de la adscripción poblacional se encuentra definir a los establecimientos de salud del primer nivel de atención como el primer contacto de la población con el sistema de salud, y el que, a su vez, filtra los casos que efectivamente requieren atención en los siguientes niveles, descongestionando los servicios hospitalarios. De igual forma, busca involucrar

al usuario/paciente en actividades concernientes a su salud como son la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. En ambas perspectivas, es clave la participación de la ciudadanía, particularmente en la implementación de estrategias y planes de intervención que permitan enfrentar los determinantes de la salud.

Por otro lado, la adscripción poblacional podría ser una herramienta útil para la asignación de recursos a los establecimientos de salud en base a resultados y prestaciones dadas a su población asignada. Para una efectiva aplicación de la adscripción es necesaria la integración de diferentes ejes, como son la provisión de servicios, el marco regulatorio, los modelos de financiamiento y la participación comunitaria.

Para el desarrollo de una estrategia de adscripción poblacional desde la provisión de servicios se requiere contar con una adecuada capacidad resolutive a fin de garantizar la prestación de servicios de acuerdo con un conjunto de prestaciones por ciclo de vida y grupo etario determinado en el modelo de atención. Por otro lado, se debe contar con el personal necesario para la implementación de la adscripción a nivel territorial, así como de su seguimiento y control a nivel nacional.

La implementación de la atención primaria en salud, así como la organización y gestión del primer nivel de atención tiene elementos diferenciadores en distintos países. A partir de una revisión documental de fuentes primarias y secundarias de modelos de adscripción a nivel internacional, así como la revisión de instrumentos y herramientas usadas, se realiza una síntesis de experiencias en América Latina sobre la organización del primer nivel de atención. En algunos países se han planteado varias estrategias con la finalidad de implementar la adscripción poblacional, encontrando los resultados que se mencionan a continuación.

► Adscripción poblacional en el primer nivel de atención en Ecuador: retos y oportunidades

► Tabla 1: Estrategia de Atención Primaria de Salud en países seleccionados

Países	Estrategia APS	Equipo básico de APS	Agente Comunitario de Salud (ACS)	Territorialización y adscripción poblacional de los servicios de APS	No. de personas asignadas por equipo de APS
Argentina	Programa Médicos Comunitarios	Médicos/as, licenciados/as en enfermería, auxiliares de enfermería, parteras/os, agentes comunitarios/as odontólogos/as	Agentes Comunitarios/as de Salud (pagados), promotores/as de salud	Sí, diferenciada por provincias	3 200 – 4 000
Bolivia		CS: Médico/a general, odontólogo/a, auxiliar o técnico/a en enfermería PS: Auxiliar o técnico/a en enfermería	Responsables Populares de Salud (voluntarios)	Sí	CS: 1 000 – 20 000 PS: 500 – 1 000
Brasil	Estrategia Salud de la Familia	EqSF: Médico/a, enfermero/a, 1-2 auxiliar/técnico/a en enfermería, 5 a 6 ACS. Equipos de salud bucal: odontólogo/a, auxiliar y/o técnico/a en salud bucal	Agentes Comunitarios de salud - ACS (pagados)	Sí, población asignada por Equipo	3 000 - 4 500 (u entre 600 – 1 000 familias)
Chile		Postas de Salud Rural: Médico/a, enfermero/a, matrona, asistente social y asistente administrativo/a	Monitores/as voluntarios de la comunidad	Sí, población asignada por equipo de atención	Hasta 5 000
Colombia		No hay estándar sobre la conformación de los equipos. Generalmente los equipos básicos están conformados por: médicos/as, enfermeros/as generales, promotores/as, auxiliares y técnicos/as en salud.	Promotores/as de salud, caminantes de la salud, agentes primarios de salud (voluntarios o pagados).	No hay directrices nacionales sobre la sectorización de centros de APS y adscripción poblacional.	No hay norma general, depende del modelo de APS de cada ente territorial
Ecuador	Médico del Barrio	Médicos/as, enfermero/a y técnico/a en Atención Primaria de Salud	Técnico/a en Atención Primaria de Salud - TAPS (pagados)	Población asignada por circuitos y distritos	4 000 en áreas urbanas 1 500 – 2 500 en áreas rurales
Paraguay	Unidades de Salud de la Familia	Médico/a, licenciado/a en enfermería y/u obstetricia, auxiliar de enfermería y 3 a 5 ACS. Para cada 2 ESF, un equipo odontológico: odontólogo/a y técnico/a odontológico.	Agentes Comunitarios de Salud (pagados)	Sí, población asignada por ESF	3 500 – 5 000 (u 800 familias)
Perú	Equipos de Atención Integral en Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas	Médico/a, licenciado/a en obstetricia, enfermero/a, técnico/a en enfermería	Agentes Comunitarios de Salud o promotores/as de salud (voluntarios)	Sí, de acuerdo al establecimiento más cercano	500 – 800 familias por equipo de salud
Uruguay		Médico/a de familia o generalista, enfermero/a, partero/a, pediatra y ginecólogo/a visitante (equipo básico ASSE en Montevideo)	-	No hay adscripción en ASSE	-
Venezuela	Estrategia Barrio Adentro	Médico/a especialista en medicina general integral, enfermero/a, Agente Comunitario/a de Atención Primaria de Salud (ACAP)	Agente Comunitario/a de Atención Primaria de Salud – ACAP (pagado)	Sí, población asignada por equipo mediante la dispensarización	1 250 personas o 250 a 350 familias por equipo.

ACS: Agente comunitario de salud. APS: atención primaria en salud. ASSE: Administración de Servicios de Salud del Estado. CS: centro de salud. PS: puesto de salud. ESF/EqSF: equipo de salud familiar
Modificado de: Giovanella, L. et al. Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. Brasil. 2015. (Ferreira, s. f.; Giovanella et al., 2015; Ríos, 2014; Tejerina, 2014a, 2014b)

Los diferentes modelos de adscripción determinan que el proceso se realiza en el territorio donde vive la población de influencia, y lo lleva a cabo un agente comunitario capacitado en atención primaria en salud que, por lo general, es parte de la comunidad, pudiendo realizar su trabajo de forma voluntaria o contra pago por sus servicios. La adscripción se realiza en base a la georreferenciación e isócrona¹ de acceso a un establecimiento de salud del primer nivel de atención. Algunos modelos permiten la libre elección del prestador mientras que otros son cerrados respecto al establecimiento asignado. Para acceder a la adscripción poblacional se requiere un documento de identidad para el registro, así como de herramientas tecnológicas que permiten verificar la cobertura de la que es beneficiario el usuario, así como para la depuración de base de datos (Pontificia Universidad Católica de Chile, 2015).

Si bien los modelos de atención de los diferentes países establecen la necesidad de adscripción, el volumen de habitantes asignados y la conformación de equipo de atención primaria de salud, no existe información actualizada respecto al grado de implementación y avances de las estrategias de adscripción poblacional.

Adscripción poblacional en Ecuador

El Modelo de Atención Integral en Salud que se aplica en el sistema de salud ecuatoriano considera a la adscripción poblacional como “una estrategia para acercar los servicios de salud a la población y ordenar a nivel territorial la provisión de los servicios” (Ministerio de Salud Pública, 2012) y se enmarca en el eje de articulación y organización territorial de la Red Pública Integral de Salud. Esta estrategia permite además definir la población a cargo de un determinado establecimiento de salud, facilitando la coordinación asistencial con los niveles de mayor complejidad.

Si bien esta estrategia está plasmada como elemento clave en el fortalecimiento del primer nivel de atención, su implementación ha sido limitada, o no ha considerado una perspectiva que abarque a todas las instituciones de la Red Pública Integral de Salud. En los últimos años han existido varios esfuerzos e iniciativas del Ministerio de Salud Pública y del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social en torno a la adscripción, sin que se haya materializado como una estrategia de articulación y organización del primer nivel de atención.

El Ministerio de Salud Pública impulsó, durante los años 2011 y 2012, la estrategia para la adscripción poblacional en el Ecuador, tomando como proyecto piloto la adscripción en las provincias del Azuay y Cañar, con un despliegue progresivo a nivel nacional. Para ello, se determinó la necesidad de contratación de personal

y el desarrollo de una herramienta digital denominada Sistema de Adscripción de Primer Nivel. Con una meta de adscripción del 50% de la población en un período de nueve meses, y habiendo transcurrido 6 meses con una adscripción de apenas el 9%, las autoridades reconsideraron la estrategia planteada, y se suspendió su implementación (Sotomayor, 2014).

En los años 2014 y 2015, el Ministerio de Salud Pública planteó una nueva iniciativa para avanzar con la adscripción poblacional y definir un pago capitado ajustado por riesgos en el primer nivel de atención. Los avances fueron limitados, y se centraron en el diseño de los insumos técnicos para la definición del modelo de adscripción de la población; no se implementaron las estrategias diseñadas. Los escenarios en análisis incluían una adscripción de la población asumida en su totalidad por el Ministerio de Salud, y otro escenario, considerado de transición, en el que el proceso se lleve a cabo en todas las instituciones de la Red Pública de Salud, a través de un sistema único de registro poblacional y pago común, partiendo de un conjunto homogéneo de prestaciones de salud (Pontificia Universidad Católica de Chile, 2015; Villacrés & Mena, 2017). No se ha documentado las causas que limitaron la implementación de la adscripción.

De manera más reciente, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, en el marco del Programa de Atención Oportuna Pro Salud, incorporó a la adscripción poblacional como un mecanismo para contribuir al fortalecimiento del primer nivel de atención. En 2019, se desarrolló el registro de adscripción de la población afiliada al IESS a los dispensarios anexos² como parte de la primera fase del proceso, hasta alcanzar el objetivo de adscribir a todos los afiliados a los establecimientos de salud de la red propia y de prestadores externos. La implementación incluyó el desarrollo de un aplicativo para la adscripción y las pruebas funcionales, así como la ejecución de un piloto en Azuay y la Concordia. La emergencia sanitaria ocasionada por la COVID-19 paralizó el proceso de adscripción (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, 2020).

Es importante enfatizar en que distintas estrategias llevadas a cabo en el país para fortalecer el primer nivel de atención tienen algún componente de registro e identificación de la población. Tal es el caso de la Estrategia de Abordaje Médico del Barrio y su Equipo Integral de Salud, una intervención con el fin de fortalecer la atención primaria y orientada a pacientes vulnerables y prioritarios, que tiene un componente de identificación y captación de pacientes con el cuidado directo del médico y/o un establecimiento de salud (Ministerio de Salud Pública, 2017). Asimismo, existen elementos organizativos que se basan en la asignación de la población de un territorio a un determinado establecimiento de salud, aunque en ningún caso se realiza de manera articulada

¹ La georreferenciación es un proceso para determinar el posicionamiento espacial de una ubicación geográfica con el uso de coordenadas. La isócrona refiere a aquello que se realiza con períodos de igual duración, y en términos espaciales, es la línea que une los puntos con el mismo tiempo de desplazamiento.

² Los dispensarios médicos anexos, de acuerdo a la normativa vigente, son unidades periféricas de atención ambulatoria, organizada y financiada por un empleador y que realiza actividades básicas de atención primaria ambulatoria.

entre las instituciones que forman parte de la Red Pública Integral de Salud.

Condiciones actuales y desafíos para la adscripción poblacional en la RPIS

Para identificar las condiciones facilitadoras o limitantes para la construcción de un proceso de adscripción poblacional para la red pública de salud, se analiza y elabora un mapa de priorización de problemas en base a la normativa vigente, el financiamiento de los servicios de salud, la asignación de recursos a las unidades de provisión, la provisión del servicio, la organización territorial, los sistemas de registro y las tecnologías de información y comunicación. Para cada una de estas categorías, se realiza un análisis contextualizado y se detalla a continuación los problemas identificados.

Normativa

En el ámbito normativo, existe una base amplia para la aplicación de estrategias de adscripción poblacional y territorialización de la provisión de servicios. La Constitución del Ecuador, desde la perspectiva integral de la salud, contiene varios articulados que establecen derechos y garantías relacionados a condiciones saludables. Un elemento relevante en el marco de la articulación de las instituciones públicas de salud es la conformación de la red pública integral de salud como parte del sistema nacional de salud, cuya conformación se da por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y otros proveedores que forman parte del Estado (Asamblea Constituyente, 2008). El marco constitucional da al Ministerio de Salud Pública las competencias y responsabilidades de la Autoridad Sanitaria Nacional, como se establece en la Ley Orgánica de Salud, quien además tiene la responsabilidad de “diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares” (Ley Orgánica de Salud, 2006).

Asimismo, el modelo de atención integral de salud, adoptado por la Autoridad Sanitaria Nacional y de aplicación obligatoria para todos los actores del Sistema Nacional de Salud, establece la integralidad en la atención individual y familiar, así como a nivel territorial. Es decir, la prestación de salud responde a las necesidades de los individuos, la familia y la comunidad, y las necesidades locales en cuanto al perfil epidemiológico, las especificidades y las necesidades de los grupos poblacionales según ciclos de vida, pertenencia étnica, relaciones de género, estratificación social, entre otros. El Modelo de Atención de Salud también define los objetivos del modelo, los cuales tienen como factor crítico para su ejecución un proceso organizado de adscripción territorial para la provisión de servicios.

El marco legal vigente posibilitaría el diseño e implementación de un proceso de adscripción

poblacional para las instituciones públicas, más aún, considerando que existe un convenio marco interinstitucional que facilita su avance. El convenio de conformación de la Red Pública Integral de Salud señala que éstas “desarrollarán mecanismos coordinados para implementar planes, programas y estrategias en temas de promoción, prevención, recuperación, habilitación, rehabilitación y cuidados paliativos; así como otros temas inherentes a la RPIS” (Ministerio de Salud Pública, s. f.). En ese mismo contexto, existe normativa técnica para el relacionamiento entre las instituciones de la RPIS, que define los procedimientos administrativos por derivación de usuarios o pacientes entre los establecimientos públicos y entre éstos y las instituciones privadas de salud.

Habiendo planteado el marco normativo vigente, hay que mencionar que ninguna de las leyes específicas o normas institucionales se contraponen a un mecanismo de adscripción poblacional. Sin embargo, las instituciones de seguridad social, debido a su finalidad (seguros de cobertura de salud) y estructura (órganos corporativos de control del gasto y siniestralidad), requieren del cumplimiento de condiciones técnicas, operativas, financieras y administrativas que necesitan ser contempladas. Es así que se requiere contar con sistemas de información, roles asignados para el registro de la población, procesos y documentos para la ejecución, entre otros. Es por esto que, dentro del componente normativo, los nudos críticos van en relación con las normas y/o instructivos específicos que permitan la ejecución de un correcto proceso de adscripción. Las normas específicas requeridas, entre otras posible, son una norma técnica de adscripción territorial poblacional para los servicios de provisión de salud a nivel nacional, e instructivos que faciliten su operación en las instituciones de salud.

Financiamiento y asignación de recursos

El sistema de salud del Ecuador es fragmentado y segmentado. No existe una articulación funcional completa entre sus distintos actores: instituciones aseguradoras y proveedoras de servicios de salud. Por otro lado, existen distintas instituciones que gestionan de forma diferenciada las fuentes de financiamiento y los mecanismos de pago para los prestadores de servicios de salud, y que brindan cobertura diferenciada a su población beneficiaria (OIT, 2021). Este escenario genera un modelo de financiamiento que dificulta la asignación eficiente de recursos para la provisión de servicios, especialmente en el primer nivel de atención.

La prestación de servicios de primer nivel de atención tiene una estructura operativa distinta a aquellos servicios de segundo y tercer nivel o de mayor complejidad. Sin embargo, la asignación de recursos al primer nivel de atención en las instituciones públicas de salud se realiza bajo los mismos mecanismos de pago que se aplican para el nivel hospitalario, ya sea a través de un presupuesto global o pago por prestaciones. En ambos casos, corresponden a pagos retrospectivos, que no consideran el nivel de riesgo ni las condiciones de la

población atendida. La distribución de recursos entre cada institución pública de salud se realiza bajo los criterios de organización territorial y asignación presupuestaria de cada financiador. No obstante, estos mecanismos no se ajustan a las necesidades de la población ni a las características propias de la prestación de servicios en este nivel de atención.

En el primer nivel de atención, el modelo de financiamiento debe ser compatible entre las instituciones públicas de salud. Es decir, el financiamiento debe ser suficiente y oportuno por parte de las instituciones de la Red Pública Integral de Salud, para que los servicios de atención de primer nivel sean brindados de manera integral, oportuna y transversal a toda la población, independientemente de su cobertura y del territorio asignado. Ello implica que los mecanismos de pago deben considerar las condiciones y capacidades de los establecimientos de salud, así como las características de la población a la que presta atención.

Todos los subsistemas de la Red Pública Integral de Salud tienen como objetivo la atención transversal y continua de sus afiliados o sus beneficiarios. Es por esto que, para lograr una articulación en el mecanismo de financiamiento, se considera necesario la implementación o construcción de normas técnicas específicas para la provisión y asignación prioritaria de recursos para el primer nivel de atención de cada uno de los subsistemas.

En esa misma línea, la revisión del mecanismo de pago a los prestadores del primer nivel de atención se hace necesario para buscar un mayor nivel de eficiencia y una alternativa que se ajuste a las particularidades de este sector. Se identifica como necesario un mecanismo de asignación de recursos en función de la población asignada, que cubra un conjunto de prestaciones y permita alcanzar objetivos sanitarios específicos. Esta asignación debe considerar criterios prospectivos y retrospectivos que se ajusten a las necesidades de la población y permitan cubrir su atención sanitaria.

En base a lo planteado se requiere una estrategia de asignación priorizada de recursos económicos para las unidades del primer nivel de atención y la redefinición del mecanismo de pago en el primer nivel de atención, donde participen conjuntamente en la asignación los distintos subsistemas de la Red Pública Integral de Salud.

Provisión de servicios

La provisión de servicios en el primer nivel de atención incluye un reconocimiento amplio de las características y condiciones del entorno sociocultural y económico de cada una de las poblaciones, por lo que, para la adscripción poblacional efectiva debe construirse de manera previa un conjunto mínimo de prestaciones por ciclo de vida en concordancia con lo establecido por el modelo de atención integral de salud y aterrizado a la realidad local de cada una de las comunidades o sectores.

Para esta finalidad, el Ministerio de Salud Pública en conjunto con la Red Pública Integral de Salud requiere definir el conjunto mínimo de prestaciones a brindarse

en el primer nivel de atención. De esta manera, cualquier persona independientemente de su afiliación puede acceder de manera adecuada a cada uno de los servicios y prestaciones de los diferentes componentes de la provisión de servicios, promoción, prevención, habilitación, rehabilitación, y cuidados paliativos en salud.



Para viabilizar este escenario se requiere de una norma técnica donde se defina el conjunto mínimo de prestaciones que serán brindadas por cada establecimiento de salud de primer nivel y cubiertas por todos los financiadores públicos de la Red Pública Integral de Salud.

Es importante aclarar que pueden existir brechas en los prestadores de servicios de salud entre los distintos subsistemas e inclusive dentro del mismo subsistema de salud. Es así que dos establecimientos de primer nivel del mismo subsistema podrán tener diferentes carteras de servicios o podrán tener brecha de servicios o profesionales. Es por ello que la determinación de un conjunto mínimo de prestaciones y de fases progresivas de implementación es primordial para lograr una articulación funcional entre los distintos actores del sistema de salud pública.

Organización territorial

Las instituciones que forman parte de la Red Pública Integral de Salud utilizan organizaciones territoriales diferenciadas. Por ejemplo, para el Ministerio de Salud Pública, la organización territorial está basada en zonas y distritos, mientras que en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social esta se basa en direcciones provinciales; y para el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional están estructuradas por distritos o por regiones. Este escenario requiere una coordinación operativa de tal manera que exista un equivalente o responsable en cada una de las unidades

territoriales para dar operatividad a la adscripción territorial. Este elemento es clave considerando que no todas las unidades territoriales de organización disponen de establecimientos de salud de primer nivel de atención para cada uno de los subsistemas públicos.

En este escenario, la coordinación y articulación a nivel territorial para todas las instituciones de la RPIS requiere de instrumentos que identifiquen con precisión los actores responsables para una adecuada coordinación y articulación. De esta manera se puede generar un proceso claro desde el punto de vista administrativo, para la vigilancia y seguimiento de la adscripción poblacional y de la provisión de servicios de primer nivel.

Sistemas de registro y tecnologías de comunicación e información

Finalmente, se mencionan los sistemas de registro requeridos para la correcta operación y funcionamiento de un sistema de adscripción territorial. Estos sistemas de registro al estar destinados a un proceso que es multidisciplinario deben ser capaces de interconectarse y de suplir las necesidades de los diferentes subsistemas y sectores. Es así que, si se considera que el sistema de registro va a ser consumido por los diferentes subsistemas de la Red Pública Integral de Salud, y por otros actores sociales a nivel territorial, este debe guardar

la capacidad de interconexión e interoperabilidad. Además, este sistema debe incluir características críticas el momento de la planificación de servicios como lo son la demografía general del grupo poblacional, las características epidemiológicas, así como las características socioeconómicas de la población asignada.

Estos sistemas de registro no requieren de una alta complejidad ni sofisticación, se requiere sin embargo que tengan las condiciones o las características de información suficientes como para permitir a cada uno de los subsistemas y actores consumir la información de manera oportuna y tener referencia correcta de la adscripción poblacional de familias y comunidades, así como de las características epidemiológicas de las mismas. Esto permitirá una planificación adecuada tanto en la provisión de servicios como en asignación de recursos.

A continuación, se esquematizan los principales criterios de análisis de las condiciones actuales para el diseño e implementación de un mecanismo de adscripción poblacional en el primer nivel de atención, sobre la base de los ámbitos identificados como necesarios para llevar a cabo el registro de la población. Para cada uno de estos criterios se valora la magnitud de la problemática, su potencial impacto en la implementación de un proceso de adscripción y la capacidad de resolución.



► Tabla 2: Análisis de condiciones actuales para el fortalecimiento del primer nivel de atención e implementación de la adscripción poblacional

CRITERIOS /MAGNITUD	MAGNITUD A cuantas unidades / subsistemas / instituciones afecta el problema	GRAVEDAD Que impacto ocasionaría (potencial)	CAPACIDAD Posibilidad de solución	BENEFICIO Importancia o beneficio de la solución
NORMATIVA: Ausencia de norma técnica (general y específica) para adscripción poblacional.	100%	Muy Alto	Alta	Alto
FINANCIAMIENTO: Ausencia de estrategia específica de financiamiento prioritario para el primer nivel de atención.	100%	Muy Alto	Mediana	Muy alto
ASIGNACIÓN DE RECURSOS (PRESUPUESTOS): Mecanismo de asignación y pago de recursos no definido (RPIS).	90%	Muy Alto	Mediana	Muy Alto
PROVISIÓN DE SERVICIOS: Conjunto Mínimo de Prestaciones de Primer Nivel no definido.	100%	Medio	Alta	Alto
ORGANIZACIÓN TERRITORIAL: Organización territorial distinta entre los subsistemas de la RPIS	50%	Medio	Alta	Medio
SISTEMAS DE REGISTRO y TECNOLOGÍAS DE COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN: Sistema de registro desactualizado o inexistente	50%	Medio	Mediana	Alto
<i>Magnitud: 0%-100%; Gravedad: alta, media; Capacidad: Alta, Mediana, Baja; Beneficio: Bajo, Medio, Alto, Muy Alto</i>				

Elaboración propia

► Recomendaciones y líneas de acción

A partir de los desafíos que se han identificado, se plantean seis líneas estratégicas como recomendaciones para el fortalecimiento del primer nivel de atención y la implementación de un proceso de adscripción poblacional para la RPIS. Se plantean recomendaciones de políticas en los ámbitos normativos, financiamiento y asignación de recursos, provisión de servicios, organización territorial y sistemas de registro en torno a la adscripción poblacional.

Como factores prioritarios para la ejecución e implementación adecuada del proceso de adscripción poblacional están el respaldo político y técnico del Gobierno central, la autoridad sanitaria nacional y las autoridades de los distintos subsistemas de la RPIS. Son también actores clave del proceso las autoridades de instituciones estratégicas en el rol de asesores y procesos de apoyo, como el Ministerio del Trabajo, el Ministerio de

Inclusión Económica y Social y el Ministerio de Finanzas; los cuales son entes asesores críticos en el momento de la construcción de estrategias y políticas para la adscripción en salud.

A continuación, se presenta una matriz de marco lógico donde se recogen los principales componentes o estrategias que permitirán dar inicio al proceso de adscripción poblacional en salud. En todos los casos propuestos, la construcción participativa con los usuarios / beneficiarios de las instituciones públicas de salud es importante para un adecuado proceso de implementación. Asimismo, en cada línea estratégica se debe considerar las normas técnicas necesarias y las particularidades existentes en cada uno de los subsistemas.

► Tabla 3: Matriz de marco lógico para la implementación de un proceso de adscripción territorial

	Resumen narrativo de objetivos	Indicadores verificables objetivamente	Medios de verificación	Supuestos
	FIN: Disponer de un Sistema de Provisión de servicios de Primer Nivel de Atención de acceso universal.	Índices de acceso de la población a servicios integrales de Primer Nivel	Estadísticas Nacionales y estudios poblacionales	Estrategia multisectorial para la sostenibilidad técnica y financiera de la provisión de servicios de primer nivel
	PROPOSITO: Implementar el proceso de Adscripción Territorial para la provisión de servicios de primer nivel de atención, para los beneficiarios de los distintos subsistemas de la RPIS, en todas las unidades a nivel nacional.	Adscripción Territorial en Salud implementada (porcentajes o fases de implementación)	Informes de implementación, estadísticas nacionales y zonales	Implementación del proceso de adscripción poblacional superior al 85% en todos los subsistemas de la RPIS
COMPONENTES	NORMATIVA: Elaboración de norma técnica general y específica (subsistemas) para adscripción poblacional.	Norma técnica elaborada y publicada por cada subsistema de la RPIS	Acuerdos Ministeriales y registros oficiales	Agenda priorizada para trabajar el proceso de adscripción territorial por el Comité Nacional de la RPIS
	FINANCIAMIENTO: Estrategia de financiamiento (provisión de recursos) prioritaria para el primer nivel de atención.	Acuerdo / Estrategia interinstitucional aprobada y en aplicación por cada subsistema de la RPIS	Asignación presupuestaria priorizada en cada subsistema	Agenda de trabajo con los miembros de la RPIS, Ministerio de Finanzas y MIES.
	ASIGNACIÓN DE RECURSOS (PRESUPUESTOS): Estrategia de Asignación Priorizada de Recursos Económicos para las Unidades de Primer Nivel de Atención	Estrategia de Asignación presupuestaria	Registros de asignación presupuestaria por establecimiento de salud y por Subsistema de la RPIS	Priorización anual por parte de cada subsistema para asignación presupuestaria al primer nivel de atención.
	PROVISIÓN DE SERVICIOS: Conjunto Mínimo de Prestaciones de Primer Nivel.	Documento Técnico del Conjunto mínimo de Prestaciones	Publicación oficial del Conjunto Mínimo de Prestaciones de la RPIS	Mesas de trabajo interinstitucionales para definición de los conjuntos de prestaciones por ciclo de vida
	ORGANIZACIÓN TERRITORIAL: Matriz de responsables y distribución territorial	Documento Técnico del Conjunto mínimo de Prestaciones	Publicación oficial y documentos que sustenten la aplicación obligatoria de la matriz de responsables y distribución territorial de los miembros de la RPIS	Mesas de trabajo interinstitucionales para definición de los conjuntos de prestaciones por ciclo de vida
	SISTEMAS DE REGISTRO y TECNOLOGÍAS DE COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN: Sistema de registro	Sistema de registro	Sistema de registro implementado y en uso por todos los subsistemas de la RPIS	Mesas de trabajo interinstitucional para desarrollo e Inter operatividad del sistema de registro



► Reflexiones finales

La adscripción poblacional es un mecanismo operativo que contribuye a la organización y articulación del primer nivel de atención, constituyéndose en un medio para su fortalecimiento. La revisión de las experiencias en la región evidencia que no existe un modelo único, y, por el contrario, las características y alcance de un proceso de registro de la población responde a las particularidades propias de cada sistema de salud y a la estrategia de atención primaria en salud que se defina. Los aspectos coincidentes se centran en la definición de equipos básicos de atención y la delimitación de un grupo poblacional a asignar y del espacio geográfico. Los diferentes modelos de adscripción implementados en la región y que han sido analizados no muestran evaluaciones de implementación, avances o nudos críticos que permitan identificar modelos exitosos o lecciones aprendidas.

Para el diseño de un modelo de adscripción para la RPIS en Ecuador debe ser considerado al menos la generación de carteras de servicios homologadas, sistemas de registro e información interconectados, normativa técnica general y específica por subsistema y distribución territorial diferenciada para el primer nivel de atención. Para el fortalecimiento del primer nivel de atención, la adscripción poblacional también debe complementar un rediseño del financiamiento y asignación de recursos para este nivel, centrado en un mecanismo de pago mixto, con criterios prospectivos y retrospectivos, que propicien incentivos a la consecución de resultados en salud.

Un componente transversal en el proceso de construcción de la adscripción y el fortalecimiento del primer nivel de atención es la participación activa de usuarios y/o beneficiarios del sistema, que permita diseñar e implementar herramientas adaptadas a las necesidades de la población y la realidad de cada área geográfica.

La gestión de los sistemas de información es otro de los desafíos persistentes en el sistema de salud ecuatoriano. El diseño de las políticas y mecanismos, como la adscripción poblacional, requieren de información oportuna y de calidad, con un nivel de detalle que permita tener una mirada de la realidad a nivel territorial. Esto requiere de ajustes técnicos y acuerdos interinstitucionales para avanzar en un nuevo proyecto de adscripción territorial.

El fortalecimiento del primer nivel de atención es un elemento clave para avanzar hacia el acceso y cobertura universal en salud. Esto implica un abordaje integral desde la dotación de infraestructura, recursos humanos, medicamentos, insumos médicos y equipamiento, hasta la definición del conjunto de prestaciones, la organización territorial y el mecanismo de asignación y pago. En ese escenario, la adscripción territorial es una necesidad para el sistema ecuatoriano y un medio para alcanzar dicho objetivo, pues permite implementar de forma coherente el modelo de atención asumido por el país.

Referencias bibliográficas

- Asamblea Constituyente. (2008). Constitución del Ecuador. http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf
- Casalí, P., Goldschmit, A., y Cetrángolo, O. (2020). Respuestas de corto plazo a la COVID-19 y desafíos persistentes en los sistemas de salud de América Latina. OIT, Lima.
- Ley Orgánica de Salud, Ley 67 (2006). <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>
- Ferreira, D. G. R. (s. f.). Mapeo y Análisis de los Modelos de Atención Primaria en Salud en los Países de América del Sur. Mapeo de la APS en Argentina. (p. 45). Instituto Suramericano de Gobierno en Salud.
- Giovanella, L., Almeida, P. F. de, Vega Romero, R., Oliveira, S., & Tejerina Silva, H. (2015). Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: Concepciones, componentes y desafíos. *Saúde em Debate*, 39, 300-322. <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002002>
- Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (2020). Informe Ejecutivo: Implementación de la Metodología de Adscripción (No. 4).
- Ministerio de Salud Pública. (s. f.). Convenio Marco de la Red Pública Integral de Salud. Recuperado 12 de febrero de 2021, de <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/CONVENIO%20MARCO%20RED%20PUBLICA%20DE%20SALUD.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2012). Manual del Modelo de Atención Integral de Salud—MAIS. https://www.hgdc.gob.ec/images/DocumentosInstitucionales/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2017). Estrategia de abordaje Médico del Barrio y su Equipo de Atención Integral en Salud. 46.
- Organización Internacional del Trabajo (2021). El Sistema de Salud Ecuatoriano y la COVID-19. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-lima/documents/publication/wcms_799790.pdf
- Organización Internacional del Trabajo (2021). Financiamiento del Sistema Nacional de Salud ecuatoriano para la cobertura universal. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-lima/documents/publication/wcms_817788.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Serie: La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, 4. <https://www.paho.org/uru/dmdocuments/RISS%202010-Doc%20Posicion%20revisado%20pos%20CD.pdf>
- Pontificia Universidad Católica de Chile. (2015). Consultoría para la Definición del Per Cápita por Niveles de Atención (Informe final).
- Ríos, G. (2014). Mapeo y Análisis de los Modelos de Atención Primaria en Salud en los Países de América del Sur. Mapeo de la APS en Uruguay. 52.
- Sotomayor, M. A. (2014). Adscripción poblacional a la red del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. <http://repositorio.puce.edu.ec:80/xmlui/handle/22000/8864>
- Tejerina, H. (2014a). Mapeo y Análisis de los Modelos de Atención Primaria a la Salud en los Países de América del Sur: Mapeo de la APS en Ecuador. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. <https://doi.org/10.13140/2.1.4970.9765>
- Tejerina, H. (2014b). Mapeo y Análisis de los Modelos de Atención Primaria en Salud en los Países de América del Sur: Mapeo de la APS en Bolivia. <https://doi.org/10.13140/2.1.2742.7528>
- Villacrés, T., & Mena, A. C. (2017). Mecanismos de pago y gestión de recursos financieros para la consolidación del Sistema de Salud de Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 41, 1. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2017.51>