

2012

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL
ECUADOR

SUBSECRETARÍA NACIONAL DE
GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA

DIRECCIÓN NACIONAL DE ARTICULACIÓN DEL SISTEMA
NACIONAL DE SALUD Y RED DE SALUD PÚBLICA Y
COMPLEMENTARIA

MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD



Ministerio de Salud Pública

2012
ECUADOR



Este manual está especialmente destinado a todo personal de salud.

Se publica MANUAL DEL MODELO DE ATENCION INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI).

Si tiene algún comentario o requiere ejemplares de la presente publicación, por favor comuníquese con:

MSP ECUADOR: Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública. Dirección Nacional de Articulación del SNS y Red. Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e intercultural

Ave. República del Salvador 950 y Suecia.

Quito - Ecuador

Teléfonos: (593) 02- 3814400 - ext. 7004

Fax: (593) 02 - 3814477

E-mail: modelo.atencion@msp.gob.ec

Se reservan todos los derechos de MSP, bajo el protocolo 2 de la Convención Universal de Derechos de Autor

6000 ejemplares

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR

**SUBSECRETARÍA NACIONAL DE GOBERNANZA DE LA
SALUD PÚBLICA**

**DIRECCIÓN NACIONAL DE ARTICULACIÓN DEL SISTEMA
NACIONAL DE SALUD Y RED DE SALUD PÚBLICA Y
COMPLEMENTARIA**

**MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL SISTEMA
NACIONAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E
INTERCULTURAL**

**2012
ECUADOR**

ACUERDO MINISTERIAL 725 - 1162



Ministerio de Salud Pública
No 00000725

LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA, ENCARGADA

CONSIDERANDO:

- Que;** la Constitución de la República del Ecuador manda:
“**Art. 32.** La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.”;
- “**Art. 361.** El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.”;
- Que;** la Ley Orgánica de Salud ordena:
“**Art. 4.** La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias.”;
- “**Art.- 6.-** Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: ... 5. Regular y vigilar la aplicación de las normas técnicas para la detección, prevención, atención integral y rehabilitación, de enfermedades transmisibles, no transmisibles, crónico-degenerativas, discapacidades y problemas de salud pública declarados prioritarios, y determinar las enfermedades transmisibles de notificación obligatoria, garantizando la confidencialidad de la información; ... 14. Regular, vigilar y controlar la aplicación de las normas de bioseguridad, en coordinación con otros organismos competentes.”;
- Que;** mediante Acuerdo Ministerial No. 00001162 de 8 de diciembre de 2011, se aprueba el documento denominado “MANUAL DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD, MAIS”;
- Que;** con Acuerdo Ministerial No. 0001034 de 1 de noviembre de 2011, se emite el Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública, razón por la cual es necesario actualizar la denominación de la instancia competente para la ejecución del Acuerdo Ministerial No. 00001162 de 8 de diciembre de 2011; y,
- Que;** mediante memorando No. 0238, SNGSS 10-2012 de 13 de abril de 2012, el Subsecretario Nacional de Gobernanza de la Salud Pública solicita la elaboración del presente Acuerdo Ministerial.

Av. República del Salvador N° 36--64 y Suecia ·Teléfono: 593(2) 3-814400

www.msp.gob.ec

**MODELO DE ATENCION INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE
SALUD
FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL
MAIS-FCI**



00000725

Ministerio de Salud Pública

**EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES LEGALES CONCEDIDAS POR LOS
ARTICULOS 151 Y 154, NUMERAL 1 DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL
ECUADOR Y EL ARTÍCULO 17 DEL ESTADO DE RÉGIMEN JURÍDICO Y
ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA**

ACUERDA:

Reformar el Acuerdo Ministerial No. 00001162 de 8 de diciembre de 2011, en la siguiente forma:

Art.1.- Luego del Art. 2 insertar un artículo que diga:

“Art. 3.- los anexos del presente Acuerdo Ministerial serán publicados en la página web www.msp.gob.ec del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.”

Art. 2.- Sustituir el Art. 3 por el siguiente:

“Art. 4. De la ejecución del presente Acuerdo Ministerial, que entrará en vigencia a partir de la fecha de su suscripción, sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial, encárguese a la Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública.”

Art. 3.- El presente Acuerdo Ministerial entrará en vigencia a partir de la fecha de su suscripción, sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial y de su ejecución encárguese a la Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública.

DADO EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE LA CIUDAD DE QUITO, a

03 MAYO 2012

Carina Yance Mafla

MINISTRA DE SALUD PÚBLICA, ENCARGADA



	Nombre	Area	Cargo	Sumilla
Revisado	Dr. Paul Auz Jarrín	Asesoría Jurídica	Coordinador General	
Elaborado	Dra. Elina Herrera	Asesoría Jurídica	Servidora	
Solicitado	Dr. Francisco Vallejo	Subsecretaría Nacional de Gobernanza	Subsecretario	



Ministerio de Salud Pública

No. 00001162

EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

CONSIDERANDO:

QUE; la Constitución de la República del Ecuador ordena:

“**Art. 32.-** La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. ...”;

“**Art. 361.-** El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.”;

QUE; la Ley Orgánica de Salud manda:

“**Art. 4.-** La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias.”;

“**Art. 6.-** Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: ... 5.- Regular y vigilar la aplicación de las normas técnicas para la detección, prevención, atención integral y rehabilitación, de enfermedades transmisibles, no transmisibles, crónico-degenerativas, discapacidades y problemas de salud pública declarados prioritarios, y determinar las enfermedades transmisibles de notificación obligatoria, garantizando la confidencialidad de la información; ... 14.- Regular, vigilar y controlar la aplicación de las normas de bioseguridad, en coordinación con otros organismos competentes.”;

QUE; mediante **Acuerdo Ministerial No. 0000553 de 13 de mayo del 2004**, se aprueba y autoriza la publicación del Modelo de Atención Integral, basado en la Atención Primaria de Salud;

QUE; mediante **Acuerdo Ministerial No. 00343 de 3 de Julio del 2007** y publicado en el Registro Oficial No. 132 de 23 de Julio del mismo año, se crea la Subsecretaría de Extensión de la Protección Social en Salud de esta Cartera de Estado (SEPSS);

QUE; mediante memorando No. MSP-SEPSS-0040-2011 de 23 de agosto del 2011, la Subsecretaría de Extensión de la Protección Social en Salud, solicita la elaboración del presente Acuerdo Ministerial; y,

MODELO DE ATENCION INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL MAIS-FCI



00001162

Ministerio de Salud Pública

EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES LEGALES CONCEDIDAS POR LOS ARTÍCULOS 151 Y 154 DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR EN CONCORDANCIA CON EL ARTÍCULO 17 DEL ESTATUTO DE RÉGIMEN JURÍDICO Y ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA.

ACUERDA:

Art.1.- Aprobar el documento denominado "MANUAL DEL MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD, MAIS".

Art. 2.- Difundir el mencionado Manual para que sea aplicado obligatoriamente en todas las DIRECCIONES ZONALES Y DISTRITOS DEL SECTOR SALUD.

Art.3.- De la ejecución, del presente Acuerdo Ministerial que entrará en vigencia a partir de su suscripción sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial, encárguese a la Subsecretaría de Extensión de la Protección Social en Salud.

DADO EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO a,

08 DIC 2011

Dr. David Chiriboga Allnutt
MINISTRO DE SALUD PÚBLICA



No	Acta	Cargo	Fecha	Sumilla
	Asesoría Jurídica	Director Servidores	13/11/2011	
	SEPSB	Subsecretaria	15/11/2011	

PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud Pública en su calidad de Autoridad Sanitaria Nacional está implementando cambios estructurales en el sector salud, que se enmarcan en el proceso de la Revolución Ciudadana que el Gobierno Nacional viene impulsando desde el año 2007.

La Constitución Ecuatoriana aprobada en el 2008, recogió las aspiraciones y propuestas de los sectores democráticos del país, que se plasmaron en un conjunto de principios y mandatos que reconocen los derechos fundamentales de la población, una nueva institucionalidad que garantice esos derechos, un ordenamiento social que fortalezca el convivir democrático y la plena participación de la ciudadanía.

Uno de los aportes más importantes de este proceso es que se sustenta en una visión de desarrollo que supera el enfoque economicista, concentrador y excluyente, hacia una visión que pone en el centro de la preocupación al ser humano y articula los diferentes ámbitos de la vida a nivel económico, social, político, cultural, ambiental, en función de la generación de oportunidades y potenciación de las capacidades, para el logro de condiciones de bienestar de toda la población. Por otro lado, recupera la planificación como herramienta fundamental para trazar el horizonte y los caminos a seguir para lograr un país capaz de garantizar los derechos de las y los ciudadanos y de las futuras generaciones.

Desde esta perspectiva, la salud es reconocida como un derecho fundamental garantizado por el Estado, y se constituye en un eje estratégico para el desarrollo y el logro del Buen Vivir.

La Constitución dispone el cumplimiento del derecho a la salud, a través del ejercicio de otros derechos interdependientes con la finalidad de lograr el buen vivir¹, la vida plena o Sumak Kawsay². En correspondencia con el marco constitucional el Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013, establece las políticas y metas que contribuirán al mejoramiento de la calidad de vida de la población, entendida como el nivel de bienestar, felicidad y satisfacción de necesidades individuales y colectivas¹.

La mirada social y multidimensional del proceso salud enfermedad³ definido en el marco legal vigente⁴, redimensiona e imprime necesariamente nuevos desafíos al sector salud para superar el histórico abandono al que estuvo sujeto.

¹La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. Constitución de la República 2008. "Art. 32.

²Es una concepción andina ancestral de la vida que se ha mantenido vigente en muchas comunidades indígenas hasta la actualidad. Sumak significa lo ideal, lo hermoso, lo bueno, la realización; y kawsay, es la vida, en referencia a una vida digna, en armonía y equilibrio con el universo y el ser humano, en síntesis el sumak kawsay significa la plenitud de la vida. Ariruma Kowii. *El Sumak Kawsay*. MEC.Ecuador 2008

³Modo específico como en el grupo se da el proceso biológico de desgaste y reproducción, destacando por momentos particulares la presencia de un funcionamiento biológico diferenciable

En coherencia con la nueva visión de desarrollo y los mandatos constitucionales, el Gobierno Nacional del Ecuador a través del Ministerio de Salud Pública, ha establecido como uno de los ejes prioritarios de la gestión, el fortalecimiento del sector salud, lo que se ha expresado no solamente en un incremento significativo en el presupuesto, sino fundamentalmente, en una reestructuración profunda de la institucionalidad pública y del quehacer sanitario en el país.

Desde esta perspectiva en una primera etapa se dieron pasos importantes orientados al fortalecimiento de las unidades de salud del MSP en cuanto a: infraestructura, equipamiento, recursos humanos; esto sumado a la política de gratuidad progresiva de los servicios públicos, incidieron en un incremento significativo de la demanda hacia esta institución.

El reto actual es profundizar la Revolución en Salud mediante cambios estructurales que permitan el cumplimiento de los mandatos constitucionales, entre ellos:

- El fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria Nacional
- El reposicionamiento de la estrategia de Atención Primaria de Salud como eje articulador del Sistema Nacional de Salud
- La reingeniería institucional pública y privada
- La articulación y fortalecimiento de Red Pública y Complementaria cuya organización sea de base territorial, de acuerdo a la nueva estructura de gestión del Estado, y
- La reorientación del Modelo de Atención y Gestión del Sistema de Salud, en función de alcanzar la integralidad, calidad, equidad, tendiente a obtener resultados de impacto social.

Cambios que tienen como principio fundamental el derecho a la salud de la población, a través de la generación de condiciones para la construcción y cuidado de la misma⁵.

En suma, el presente documento constituye una herramienta conceptual y metodológica para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque familiar, comunitario e intercultural, que rige para el Sistema Nacional de Salud en Ecuador.

**Lcda Carina Vance
MINISTRA DE SALUD**

con consecuencias para el desarrollo regular de las actividades cotidianas, esto es, la enfermedad. Cristina Laurell. La Salud-Enfermedad como proceso social. Cuadernos médico sociales. México 1982

⁴ Ley Orgánica de Salud. Artículo 9.

⁵ Constitución de la República del Ecuador. 2008. Artículos 358 - 366

RESPONSABLES

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR
SUBSECRETARÍA NACIONAL DE GOBERNANZA EN SALUD PÚBLICA 2012
DIRECCIÓN NACIONAL DE ARTICULACIÓN Y MANEJO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y
RED DE SERVICIOS PÚBLICA Y COMPLEMENTARIA**

EDICION 2012

DRA. CARMEN CARRASCO MERO; DRA. PATRICIA COSTALES; DRA. DIANA MOLINA YÉPEZ

COLABORADORES

2009 – 2010

2007 – 2008

2012

DR. FRANCISCO VALLEJO
DR. NESTOR CHICAIZA
DRA. ANGELICA ANDRADE
DRA. PATRICIA GRANJA
DR. WASHINGTON ESTRELLA

2011

DR. ANDRES SOTOMAYOR
DRA FABIOLA ARGUELLO
DR. JAVIER CARDENAS
DRA. PAULINA RIOS
DRA. CRISTINA ALDAZ

DR. RUBEN PAEZ LANDETA
DRA. CARMITA CARRASCO
MERO
DRA. MARIA ELENA ROJAS
DRA. LUCIA VALLE VILLACRES
DR. NESTOR CHICAIZA GUAÑA
DRA. MONICA CASAGALLO
RODRIGUEZ
DR. SERGIO CARRASCO
EC. MARCO HERRERA
GALÁRRAGA
DRA. ANGELICA ANDRADE JANA
EC. MARCO PADILLA
DRA. MARCIA BRITO
DR PABLO ACOSTA
DR MARIO GALLO
ING BOLIVAR BACA
ECM CRISTHIAN FRANCO

DR. CARLOS VELASCO
ENRIQUEZ
DR. JORGE CUEVA AYALA
DR. MARCO OCHOA MEDINA
EC. MARCO HERRERA
GALÁRRAGA

SALUD INTERCULTURAL

EQUIPO TECNICO:
DR. FERNANDO CALDERON
DR. MARIO GALLO
DRA. JUDY IRIGOYEN
DR. GERMAN OCHOA
LCDA. IRMA BAUTISTA

PASSE

EQUIPO TECNICO:
DR. RAUL SECAIRA
DR. JOSE LITARDO
DR. LAIR ESPINOZA
SOC. PABLO GALARZA
DR. EDGAR ROJAS
ANTROP. CARLOS LEON
DR. MARCO GUERRERO
LICDA. GIOVANNA SEGOVIA
DRA. MONICA CAÑAS

NORMATIZACION

EQUIPO TECNICO:
DRA. BERNARDA SALAS
DR. WASHINGTON ESTRELLA

VALIDACIONES

PROVINCIA DE AZUAY

DRA. FERNANDA ANDRADE
DR. SANTIAGO ABRIL
DR. ANA RAMÓN
ING JEANETH LITUMA
CP AUD ELENA PARRA

**PROVINCIA DE
ESMERALDAS**

DR. RAHISYN CARABALI
LCDA. SELINA VALENCIA
DR. EDWIN ARROYO
DR. ALFREDO OTOYA
SR. JINET MACÍAS

PROVINCIA DE NAPO

DR. GERARDO LEMOS
DRA. MYRIAM MUÑOZ
DR. FERNANDO MORALES
DR. NAPOLEÓN MATOVELLE
SR. RODOLFO MAMALLACTA

PROVINCIA DE BOLIVAR

DR. HÉCTOR GAVILÁNEZ
DRA. EUGENIA TACO
LCDA. JAQUELINE CALDERÓN
SRA. MARTHA CUENCA
DR. PABLO CHICA

PROVINCIA DE GUAYAS

DR. EDUARDO VERDESOTO
LCDA. LUZ M CARVAJAL
DR. CARLOS PEÑA
DRA. PILAR BONILLA
SR. JOSÉ RECALDE

PROVINCIA DE ORELLANA

DR. ALFREDO AMORES
DR. JUAN F MUESES
DR. FRANCISCO CHAMORRO
SRA. ANGELA ALCÍVAR
MOREIRA

PROVINCIA DE CAÑAR

DR. FAUSTO MALDONADO
DR. JOSÉ LÓPEZ

PROVINCIA DE IMBABURA

DR. GONZALO JARAMILLO.
LCDA. ELIZABETH PALACIOS

PROVINCIA DE PASTAZA

DR. KLEBER GAVILANEZ
DRA. MARLENE VILLACRÉS
LCDA. CARLA DEL POZO

LCDA. MÓNICA TOLEDO
SR. EDGAR PESÁNTEZ
DR. RAÚL REDROVÁN

PROVINCIA DE CARCHI

DRA. RUTH VELASCO
LCDA. FLOR MONTENEGRO
DRA. MAGOLA MENESES
DR. EDISON PIÑEIRO
SR. CRISTIAN VINUEZA

PROVINCIA DE COTOPAXI

DR. CARLOS DONOSO
LCDA. DEIFILIA LANDETA
DR. XAVIER MORALES
DR. JULIA VENEGAS
SRA. ANA ORTEGA

PROVINCIA DE CHIMBORAZO

DR. WILSON NINA
DR. LUIS RIOS
DR. TELMO VELASCO JARA
SRA. MERCEDES AGUIRRE
DRA. SANDRA CAMPOS
DR. GONZALO BONILLA

PROVINCIA DE EL ORO

DR. ANTONIO JURADO
DRA. MARIA DEL CARMEN SANT
LCDA. HILVIA FIGUEROA
DR. SHIRLEY BANCHON
SRA. GRACIELA RUGEL

PROVINCIA DE CHIMBORAZO

LCDA. ROSA E DE COSTALES
DR. WILSON L NINA.
DR. LUIS REYES V
LCDA. SARA VALLEJO
DRA. ADELA VIMOS
DRA. PAULINA CHAFLA ROMERO

PROVINCIA DE BOLIVAR

DRA. MARCIA PAREDES
ARELLANO.
LCDA. DIANA MARTÍNEZ
PAREDES.
LCDA. MARIA CULQUI CHICAIZA.
LCDA. SILVIA ANDRADE.
LCDA. PATRICIA OROZCO UNDA.
LCDA. ROCÍO RAMOS
DRA. EDA SALTOS.
DR. LIBERTY BALLADARES

PROVINCIA DE ORELLANA

DR. ALFREDO AMORES

PROVINCIA DE GUAYAS

DRA. CARMEN GARCIA

DRA. HILDA GUDIÑO
DRA. PIEDAD HINOJOSA
DR. HARVI REASCOS

PROVINCIA DE LOJA

DRA. DORA RUILOVA
LCDA. MARTHA BRICEÑO
DRA. BETHY S MAILTA
DRA. LARRY GONZALEZ

PROVINCIA DE LOS RIOS

DR. CARLOS PAZ
DR. FÉLIX MAN- GIN
LCDA. LORENA CEDEÑO
SRA. SUSANA HAZ
SRA. MA DEL CARMEN
RODRÍGUEZ
DRA. NANCY WONG

PROVINCIA DE MANABI

LCDA. MIRIAM MERO
DR. HUGO MENDOZA
SR. WERNER YENCHOG

**PROVINCIA DE MORONA
SANTIAGO**

LCDA. CARMEN PARRA HIDALGO
DRA. OLGA AMBOYA
DR. ROMEO ZEAS
SR. OSWALDO SUÁREZ

APORTES

PROVINCIA DE COTOPAXI

DRA. REBECA DEL CONSUELO
ZUMÁRRAGA GALLARDO
LCDA. MARÍA ELIZABETH LEMA
GARCÍA
DRA. MARÍA JÁCOME CHILIG
LCDA. MARÍA DEIFILIA LANDETA
OÑATE
DR. RICHARD ORLANDO TOASA
CÁRDENAS
OBST. AURO GONZALO CUENCA
ESCOBAR
LCDA. MIRIAM SUSANA REA
DEFAZ
LCDA. JULIA VENEGAS

**EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD
(EBAS) PATICIPANTES DE:**

CHIMBORAZO
BOLIVAR
COTOPAXI
PICHINCHA

LCDA. IRMA NAVEDA
DR. LUIS CARRIÓN
SR. GIOVANNA TAPUY
SR. SALOMÓN CAMPOS

PROVINCIA DE PICHINCHA

DR. MAURICIO JARRIN
DR. BOLIVAR JARAMILLO
LCDA. SONYA CAÑIZARES
SRA. IRLANDA VILLACIS

PROVINCIA DE SUCUMBIO

DRA. SILVIA CHICAIZA
DRA. VERÓNICA SALAZAR
LCDA. IVÁN VALENCIA
DR. FREDY AYLUARDO
SRA. MARÍA SÁNCHEZ

PROVINCIA DE TUNGURAHUA

DRA. MARÍA DE LOURDES
FREIRE
DR. JUAN BOMBÓN OCAÑA
DRA. CLEMENCIA BOSQUES
LCDA. MARTHA SÁNCHEZ
SRA. MIRIAM MEJIA FREIRE

PROVINCIA DE ZAMORA

DRA. RUTH SIGUENZA
DRA. JAIME FAREZ
DR. DIRMEY GALARZA
LCDA. SILVIA MOROCHO
SRA. DEISY OCHOA

PROVINCIA DE PICHINCHA

DR. MAURICIO JARRIN
DRA. PATRICIA DAVILA
DR. IVAN
DRA. MYRIAM VÉLEZ G.

**DIRECCIÓN PROVINCIAL SALUD
DE PICHINCHA**

DRA. CATALINA ALMEIDA
HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS
DRA. LILIANA ARCE ÁREA DE
SALUD # 21
LCDA. MARTHA CHANTERA
HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS
DRA. FERNANDA JIMÉNEZ ÁREA
DE SALUD #6
LCDA. ALBA MENESES ÁREA DE
SALUD #6
OBST. BETTY LANDÁZURI ÁREA
DE SALUD #7
LIC. MARTHA PARRA ÁREA DE
SALUD # 7
DRA. VALERIA BAHAMONDE
ÁREA DE SALUD # 15
DRA LUCRECIA REIMUNDO AREA
DE SALUD # 16 SCS UYUMBICHO

TABLA DE CONTENIDOS

ACUERDO MINISTERIAL.....	4
725 - 1162.....	4
PRESENTACIÓN.....	8
TABLA DE CONTENIDOS	12
INTRODUCCION	18
CAPITULO 1	20
1. ECUADOR: EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: ANTECEDENTES, AVANCES Y RETOS.....	20
CAPITULO 2	24
2. MARCO LEGAL Y NORMATIVO RELACIONADO AL SECTOR SALUD.....	24
2.1. Constitución de la República del Ecuador.....	24
2.2. El Plan Nacional para el Buen Vivir 2009 - 2013.....	27
2.3. Ley Orgánica de Salud	28
2.4. La Agenda Social 2009 – 2011 (MCDS, 2009).....	29
2.5. Objetivos de Desarrollo del Milenio	29
2.6. Visión y Misión del Ministerio de Salud Pública del Ecuador	30
CAPITULO 3	31
3. MARCO CONCEPTUAL DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR, COMUNITARIO E INTERCULTURAL- MAIS-FCI	31
3.1. Salud.....	31
3.2. Determinantes de la Salud.....	32
3.3. La Atención Primaria de Salud Renovada (APS-r)	35
3.4. Epidemiología Comunitaria en el Modelo de Atención Integral de Salud y en la Red Pública Integral de Salud.....	37
3.5. El enfoque de evitabilidad como una herramienta hacia la equidad y solidaridad en el Modelo de Atención Integral de Salud y en la Red Pública Integral de Salud.....	38
3.6. Los Cuidados Paliativos en el Modelo de Atención Integral de Salud y en la Red Pública Integral de Salud.	39
3.7. La Participación Social en el Modelo de Atención Integral de Salud y en la Red Pública Integral de Salud	39

3.8. Enfoque de Interculturalidad en el Modelo de Atención Integral de Salud y en la Red Pública Integral de Salud	40
3.9. Integrar a la Salud Mental en el Modelo de Atención Integral de Salud y en la Red Pública Integral de Salud	41
3.10. Integrar el Sistema Nacional de Investigación en Salud en el Sistema Nacional de Salud ⁴³	
3.11. Prioridades y Estrategias Nacionales.....	43
CAPITULO 4	48
4. EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL–MAIS-FCI.....	48
4.1. Definición	48
4.2. Propósito del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural.....	53
4.3. Objetivo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural.....	53
4.4. Objetivos estratégicos para reforzamiento del Modelo de Atención Integral de Salud	53
4.4.1 Reorientar los servicios de salud y fortalecer la vigilancia epidemiológica comunitaria	53
4.4.2. Fortalecer la calidad de atención por el Talento Humano.....	54
4.4.3. Optimizar la prestación de servicios en los tres niveles de atención	54
4.4.4. Organizar el Sistema Único de Información en Salud	55
4.4.5. Fomentar la participación plena de la comunidad y de los colectivos organizados	56
4.5. Principios del Modelo de Atención Integral de Salud-	56
CAPITULO 5	58
5. COMPONENTES DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL– MAIS-FCI	58
5.1. COMPONENTE DE PROVISION DE SERVICIOS DE SALUD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	58
5.1.1. Grupos de población a quienes se entregará la atención:.....	59
5.1.2. Conjunto de prestaciones por ciclos de vida:.....	61

5.1.3.	Enfoques de la Atención:	61
5.1.4.	Modalidades de atención	62
5.2.	COMPONENTE DE ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD..	80
5.2.1.	Tipología y homologación de establecimientos de salud.....	81
5.2.2.	La organización territorial de la red pública y complementaria de salud en zonas, distritos y circuitos geográficos.	92
5.2.3.	Organización y funcionamiento de los servicios de salud al interior del Sistema Nacional de Salud	104
	• Organización de la Red Pública Integral de Salud.....	104
	• Referencia y contrarreferencia	106
	• Licenciamiento de establecimientos públicos y privados.....	107
	• Funcionamiento del tarifario de salud	108
5.3.	COMPONENTE DE GESTION DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	108
5.3.1.	Planificación estratégica participativa y programación operativa	109
5.3.2.	Gestión y Desarrollo del Talento Humano.....	110
5.3.3.	Gestión de infraestructura, equipamiento y medicamentos de acuerdo a los estándares definidos por la Autoridad Sanitaria Nacional y el cuadro de medicamentos básicos	111
5.3.4.	Sistema Único Integral e Integrado de Información y Telecomunicaciones ...	111
5.3.5.	Sistema de Control de Garantía de la Calidad	113
5.3.6.	Monitoreo, Evaluación y Supervisión Integral.....	114
5.3.7.	Organización y responsabilidades de los equipos de gestión.....	115
5.4.	COMPONENTE DE FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	119
CAPITULO 6	122
6.	HERRAMIENTAS PARA LA IMPLEMENTACION DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL– MAIS-FCI EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.....	122
6.1.	Definición	122
6.2.	Actividades para la implementación del MAIS en el Sistema Nacional de Salud	122

6.3. Implementación del MAIS a nivel zonal y distrital	124
Aspectos a ser considerados.....	125
6.4. Fases para la Gestión e Implementación del MAIS en Zonas Y Distritos del Sistema Nacional de Salud.....	126
6.5. Resultados de Impacto Social	127
6.6. Actividades y Herramientas para la Implementación del MAIS-FC en el Sistema Nacional de Salud	129
6.6.1. Actividades para Implementar el MAIS en el Sistema Nacional de Salud ..	129
6.6.2. Herramientas para Implementar el MAIS el Sistema Nacional de Salud	130
ANEXOS	172
Anexo 1.....	172
a. Prestaciones por Ciclos de Vida	172
b. Actividades a ejecutar por los Equipos Integrales de salud en el Sistema Nacional de Salud	173
c. Actividades Extramurales	189
d. Actividades odontológicas	190
Anexo 2.....	197
Guía de Supervisión para equipos de salud	197
Anexo 3-4	200
Ficha Familiar	200
Tarjetero.....	204
Tarjetas de Citas.....	205
Anexo 5.....	206
Cuaderno del TAPS Y Promotor de Salud.....	206
Anexo 6.....	209
Normas de Atención del MSP.....	209
GLOSARIO.....	212
BIBLIOGRAFIA	218

Ilustración 1 Marco Conceptual de los Determinantes de la Salud.	33
Ilustración 2 Determinantes de la Salud	35
Ilustración 3 Estrategia de Desarrollo Integral Infantil	47
Ilustración 4 Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS.	48
Ilustración 5 Integralidad en el Sistema Nacional de Salud	49
Ilustración 6 Componentes del MAIS - FCI	58
Ilustración 7 Niveles de Atención	81
Ilustración 8 Zonas de Planificación	92
Ilustración 9 Red Pública e Integral de Salud	105
Ilustración 10 Dimensiones que determinan la importancia de la calidad del dato.....	112
Ilustración 11 Condiciones para garantizar la calidad de los datos	113

Tabla 1 Ciclos de Vida.....	60
Tabla 2 Modalidades de Atención de los Equipos Integrales de Salud en los tres niveles de Atención del SNS.....	62
Tabla 3 Visita Domiciliaria	68
Tabla 4 Ficha Familiar.....	75
Tabla 5 Tipología de las Unidades Operativas del Sistema Nacional de Salud.....	81
Tabla 6 Categorías de Apoyo diagnóstico: Laboratorio	82
Tabla 7 Categorías de Apoyo Diagnóstico: Imagen.....	83
Tabla 8 Categorías de Apoyo Diagnóstico: Laboratorio Fisiológico - Dinámico	83
Tabla 9 Cuadro de caracterización de los Servicios del Primer Nivel de Atención	85
Tabla 10 Caracterización de los Servicios del Segundo Nivel de Atención	88
Tabla 11 Caracterización de los Servicios del Tercer Nivel de Atención	90
Tabla 12 Estructura Orgánica Descriptiva del Nivel Zonal	92
Tabla 13 Estructura de los Niveles Distritales	94
Tabla 14 Referencia y Contrareferencia.....	106
Tabla 15 Organización de Responsabilidades	116
Tabla 16 Metas del Plan Nacional del Buen Vivir 2009 - 2013.....	128
Tabla 17 Actividades para implementar el Modelo de Atención Integral de Salud en el Sistema Nacional de Salud.....	129
Tabla 18 Estándares para la conformación de los equipos integrales de Salud	130
Tabla 19 Dotación a los equipos integrales de salud de insumos, equipos, materiales y medicinas	138
Tabla 20 Diagnóstico Situacional.....	139
Tabla 21 Diagnóstico Dinámico	150
Tabla 22 Mapeo de Actores – Mapa Parlante.....	151
Tabla 23 Sala Situacional.....	160
Tabla 24 Primer Nivel Puerta de Entrada.....	165
TABLA 25. ASIGNACIÓN DE TIEMPOS PARA LOS EQUIPOS DE SALUD.....	167
Tabla 26 Etapa de Participación de la Familia y la Comunidad	168

INTRODUCCION

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural tiene como desafío consolidar la implementación del modelo, trabajar con las familias, desarrollar nuevas formas relacionales, ubicar al usuario en el centro de la atención, instalando buenas prácticas, desarrollando intervenciones orientadas hacia **resultados de impacto social.** Desde la convicción de que el enfoque biopsicosocial, multidisciplinario e intercultural, son la alternativa para responder de manera más efectiva a las necesidades de las personas, familias y comunidades, contribuyendo a mejorar su calidad de vida.

Este manual ha sido estructurado en base a capítulos, orientados a entregar diferentes conceptos teóricos y prácticos sobre la implementación del modelo. Especialmente para aquellos que sin tener una formación específica en el tema puedan ir dando sus primeros pasos. Los equipos con mayor experiencia encontrarán en este manual algunos elementos teóricos útiles para la investigación, docencia y aspectos éticos, que pueden fortalecer el avance cualitativo en la implementación del modelo⁶.

Capítulo I:

Ofrece una visión general del Contexto de Salud en nuestro País Ecuador.

Capítulo II:

Revela la importancia de conocer el Marco Legal que direcciona la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural MAIS.

Capítulo III:

Desarrolla temas relacionados con la parte Conceptual que sustenta el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural MAIS

Capítulo IV:

Se ha destinado a revisar los principios, objetivos, objetivos estratégicos para fortalecimiento del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural MAIS

Capítulo V: Contiene los Componentes que señalan el proceso de implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural MAIS en el Sistema Nacional de Salud

Capítulo VI:

Incluye herramientas de utilidad práctica para desarrollar el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural.

En esta edición, probablemente no llegaremos a cubrir las inquietudes de todos y cada uno de quienes integran los equipos integrales de salud en los tres niveles de atención del Sistema Nacional. Sería inadecuado pretenderlo, considerando y validando toda la

⁶ Modelo de Atención Integral Lima Perú.

experiencia que ellos han ganado durante años de desarrollo del modelo de atención en nuestro país.

CAPITULO 1

1. ECUADOR: EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: ANTECEDENTES, AVANCES Y RETOS

En el país el Sistema Nacional de Salud se ha caracterizado por estar fragmentado, centralizado y desarticulado en la provisión de servicios de salud, otra de sus características ha sido la preeminencia del enfoque biologista - curativo en la atención; centrado en la enfermedad y la atención hospitalaria; con programas de salud pública de corte vertical que limitan la posibilidad de una atención integral e integrada a la población. En este sentido, las políticas anteriores a este proceso, de corte neoliberal fueron muy eficaces en cuanto a acentuar estas características y además, dismantelar la institucionalidad pública de salud, debilitando también la capacidad de control y regulación de la Autoridad Sanitaria⁷.

Esto conllevó a profundizar la inequidad en el acceso a los servicios de salud de los grupos poblacionales en situación de pobreza y extrema pobreza. Fueron marcadas las barreras de acceso a nivel geográfico, cultural, económico; es así que el gasto directo de bolsillo en el país representó casi el 50% en las economías de las familias ecuatorianas⁸.

A pesar del reconocimiento acerca de la importancia de que la atención en salud se encuentre organizada por niveles de atención, el primero y segundo nivel de atención en los que se puede resolver más del 90% de los problemas de salud, en el sector público han estado debilitados por los bajos presupuestos, el abandono de las unidades, la escases e inestabilidad laboral del personal, e incidieron en una limitada capacidad resolutive y la consiguiente pérdida de confianza por parte de la población en el Sistema Nacional de Salud.

De igual manera, el III nivel de atención, que es predominantemente hospitalario de mayor complejidad sufrió el embate del progresivo dismantelamiento de los servicios públicos, expresados en la falta de recursos y la baja calidad del gasto por la debilidad en los procesos de supervisión y control. Además la situación se complicó por la ausencia de un sistema integrado de información que permita obtener datos reales, necesarios para la planificación, toma de decisiones y monitoreo de los resultados sanitarios y de la gestión.

En la actualidad el Sistema Nacional de Salud debe enfrentar, a más de los rezagos de estos problemas, nuevos retos y necesidades que devienen de cambios en el perfil demográfico y epidemiológico. Es así que la tendencia a la disminución de la tasa de fecundidad que en el período 1950-1955 fue de 6,7 pasó a 2,6 en el período 2005-1010. La pirámide poblacional, muestra una estructura demográfica joven, los grupos etarios de

⁷ Bolívar, Kalindy. "Construyamos Salud".

⁸ Ídem

0 a 24 años constituyen algo más del 50% del total de la población, con más del 30% de menores de 15 años. La expectativa de vida, es de 75 años (72,1 para hombres y 78 para mujeres) y el porcentaje de personas de la tercera edad es del 6,19 %. (INEC-CEPAL, 2009).

En cuanto al perfil epidemiológico, el país está experimentando un giro de las causas de mortalidad hacia los problemas crónicos degenerativos, la emergencia de las entidades infecciosas y la presencia de riesgos que favorecen el incremento de las lesiones accidentales, intencionales, los trastornos mentales y emocionales y los vinculados al deterioro ambiental.

En el 2009, en el país se reportaron 59.714 defunciones lo que arrojó una tasa de mortalidad de 4.26 muertes por cada mil habitantes, y entre las primeras causas de muerte están en orden de frecuencia, la diabetes mellitus, enfermedades cerebro vasculares, accidentes de transporte, enfermedad hipertensiva, influenza y neumonía, las enfermedades isquémicas del corazón, violencia, insuficiencia cardíaca, cirrosis, cáncer de estómago. (MSP, INEC. 2010). En el caso de la morbilidad las principales causas son debidas a procesos asociados con el deterioro y la privación en el consumo de los bienes y valores básicos para sobrellevar la vida en condiciones adecuadas⁹.

Entre las principales causas de egreso hospitalario están la diarrea y gastroenteritis infecciosas, neumonía, coleditiasis, aborto no especificado, apendicitis aguda, hernia inguinal, falso trabajo de parto, traumatismo intracraneal¹⁰.

Los problemas nutricionales son en el país un problema de salud pública, tanto la desnutrición como el sobrepeso, que en los últimos años se han incrementado y tienen una clara relación con las condiciones de vida, el acceso a alimentos y patrones de consumo. En este sentido, la desnutrición crónica afecta fundamentalmente a niños y niñas indígenas, a la población que habita en zonas rurales donde hay mayores índices de pobreza. (ENDEMAIN ECV 2006). En el país no existe información actualizada sobre los problemas nutricionales, sin embargo, es importante considerar que los problemas de sobrepeso y obesidad se han incrementado de manera alarmante sobre todo en mujeres en edad fértil y población adulta mayor (ENDEMAIN 2004). Relacionado a esto, en el país menos del 50% de niños y niñas menores de un año son alimentados con leche materna hasta los 3 meses de edad. (Freire, Wilma. 2011).

El VIH-SIDA también es uno de los problemas de salud pública que preocupa al país, el mejoramiento del sistema de registro y la oferta de tratamiento para el VIH-SIDA ha permitido evidenciar que este es un problema que tiene una tendencia creciente.

Las relaciones y concepciones de género inciden en riesgos diferenciales para mujeres y varones, al comparar las principales causas de mortalidad y morbilidad según sexo, se evidencia que en varones las relacionadas a accidentes y violencia tienen un peso muy importante, mientras que en las mujeres los problemas relacionados a la salud sexual y reproductiva son más evidentes (ENDEMAIN 2006). Merece especial atención el alto

⁹ OMS
10 ENDEMAIN 2006

porcentaje de embarazos en adolescentes por el impacto en las condiciones de vida y salud de este grupo poblacional.

La salud mental y los riesgos ambientales¹¹ son en la actualidad condiciones y problemas que deben suscitar la atención prioritaria del sector salud. Tal es así que la violencia hacia la mujer, el maltrato infantil y los suicidios consumados constituyen problemas de salud pública por la alta frecuencia en que se producen y las graves consecuencias que generan a nivel individual, familiar y social. Por otro lado, los indicadores a nivel nacional no reflejan las profundas disparidades a nivel territorial y la situación de desventaja de grupos poblacionales en situación de pobreza y de los pueblos y nacionalidades indígenas y afro-ecuatoriana que constituyen el 11% de la población del país.

Frente a esta realidad, desde el año 2007 el gobierno de la Revolución Ciudadana en función del logro del Sumak Kausay o el Buen Vivir, que constituye la orientación ética y política que marca el accionar del Estado y sus instituciones, ha definido como prioritario el sector social y particularmente la salud, lo que se expresa entre otros aspectos en un incremento importante del presupuesto¹² y en concordancia con el mandato Constitucional, se establece la política de universalidad y gratuidad progresiva de la atención pública de salud. Al ser la salud uno de los elementos más sensibles para el mejoramiento de la calidad de vida, la transformación del sector se constituye en un eje prioritario del desarrollo del país.

El logro de la transformación propuesta implica superar la deuda histórica que tiene el país con el sector salud y cambios profundos en la institucionalidad y las modalidades de prestación de servicios, que requieren estrategias de intervención de corto, mediano y largo plazo para fortalecer el Sistema Nacional de Salud.

En una primera etapa se intervino en el mejoramiento de la infraestructura, equipamiento, recursos humanos, dotación de medicamentos e insumos a las unidades de salud del Ministerio de Salud Pública, con la finalidad de incrementar la cobertura de atención y disminuir el alto gasto para la recuperación de la salud de las familias ecuatorianas. Se inició además con el fortalecimiento del I Nivel de atención con la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud y la constitución de los Equipos Básicos de Salud (EBAS)

La política de gratuidad y la inversión en unidades del Ministerio de Salud Pública, incidieron en un incremento significativo de las coberturas de atención¹³, por otro lado se

¹¹ Se entiende por medio ambiente el entorno o suma total de aquello que nos rodea y que afecta y condiciona las circunstancias de vida de las personas o la sociedad en su conjunto. Se refiere a la contaminación sociocultural y psicosocial, en la que incluiríamos la dependencia, violencia, estrés, competitividad. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Canadá 1978

¹² En cinco años la inversión del Ministerio de Salud Pública pasó de menos de 600 millones de dólares en el año 2006 a 1.400 millones de dólares en el 2011.

¹³ El número de atenciones de morbilidad, preventivas, odontológicas y de emergencia se incrementaron en un porcentaje de 171%, pasaron de 14.372.251 en el 2006 a 34.631.099. Si bien el mayor número de atenciones son de morbilidad, también las atenciones preventivas tuvieron un incremento significativo. La cobertura del parto institucional alcanzó en el año 2010 el 85,7% frente al 80,8% registrado en el año 2005. La gratuidad de los medicamentos también incrementó sustancialmente el número de recetas entregadas a las y los usuarios de las unidades del MSP. La inversión en medicamentos desde el 2008 al 2011 es de aproximadamente 200 millones de dólares. De igual manera, los exámenes de laboratorio que se incrementaron en un 134%, las cirugías en un 47% y los egresos hospitalarios en un 43%, de 384.000 en el 2006 a 503.315 en el año 2010.

ha logrado reposicionar los servicios públicos de salud como una alternativa para la resolución de sus necesidades.

El Fortalecimiento del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque familiar, comunitario e intercultural, (MAIS-FC) incorporando la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R), es uno de los ejes prioritarios del proceso de transformación del sector salud, su organización e implementación debe responder a las nuevas demandas y necesidades de salud del país que devienen de los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico, a la necesidad de superar las brechas en el acceso a servicios integrales de salud; consolidar la articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud, así como el fortalecimiento de la capacidad resolutiva del primero, segundo y tercer nivel de atención. En este enfoque se enmarca el presente documento, como guía conceptual y práctica de oferta de servicios en el contexto del Sistema Nacional de Salud.

CAPITULO 2

2. MARCO LEGAL Y NORMATIVO RELACIONADO AL SECTOR SALUD

El país cuenta con un amplio marco legal y normativo relacionado a la garantía del derecho a la salud, la estructuración del Sistema Nacional de Salud y la protección de grupos poblacionales.

De igual manera el Ecuador ha suscrito Acuerdos Internacionales que se orientan a la garantía y cuidado integral de la salud de la población.

La Constitución de la República, el Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir 2009-2013, la Agenda Social de Desarrollo Social y los Objetivos del Milenio, están entre los principales instrumentos normativos que guían la construcción del Modelo de Atención Integral Familiar, Comunitario e Intercultural de Salud.

2.1. Constitución de la República del Ecuador

La Constitución aprobada en el 2008 constituye el marco normativo que rige la organización y vida democrática del país, representa un nuevo pacto social para la garantía y ejercicio de los derechos y responsabilidades en función del logro del Buen Vivir, el Sumak Kausay.

Desde la perspectiva de una concepción integral de la salud y de la visión integradora del marco constitucional, varios de sus capítulos y articulados establecen derechos y garantías que se relacionan con la generación de condiciones saludables.

Cap. II
Sección 7
Art. 32

“DERECHOS DEL BUEN VIVIR”

La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva.

La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional”.ⁱⁱ

**Cap. III
Art. 35**

Define las personas y grupos de atención prioritaria y establece que la responsabilidad del ámbito público y privado de garantizar una atención prioritaria y especializada. El Estado prestará especial protección a las personas en doble condición de vulnerabilidad. Con respecto a estos grupos en varios articulados menciona sus derechos en salud. Incorpora artículos importantes en cuanto a los **Derechos Sexuales y Reproductivos** (Capítulo Sexto “Derechos de Libertad”):

Art. 66

Se reconoce y garantizará a las personas: El derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, y su vida y orientación sexual. El Estado promoverá el acceso a los medios necesarios para que estas decisiones se den en condiciones seguras

Sobre el **Sistema Nacional de Salud (SNS)** en los artículos 358, 359, 360 y 361 establece su creación, los principios, los componentes, características y garantías que debe cumplir para garantizar el derecho a la salud de toda la población. Establece también las características del Modelo Integral de Salud y la estructuración de la Red Pública de Salud.

En el Art. 361 establece que los servicios públicos de salud serán universales y gratuitos

Art. 361

Señala que el Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector y en el Art. 363 las responsabilidades del Estado para garantizar el ejercicio del derecho a la salud.

La actual Constitución también promueve la participación de la comunidad en todos ámbitos y se constituye como el Quinto Poder del Estado (Art. 95, 208)

El Sistema de Información de Salud, está regido por un marco legal que va desde la Constitución de la República, pasando por el código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas, la Ley de Estadística, la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, hasta el Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública.

Además, cuenta con reglamentos, normas, resoluciones, etc., que son las que estructuran adecuadamente a la Institución y al Proceso del Sistema de Información para canalizar adecuadamente la información a usuarios internos y externos.

Todas las personas, en forma individual o colectiva tienen derecho a:

- Art. 18**
1. Buscar, recibir, intercambiar, producir y difundir información veraz, verificada, oportuna, contextualizada, plural, sin censura previa acerca de los hechos, acontecimientos y procesos de interés general, y con responsabilidad ulterior.
 2. Acceder libremente a la información generada en entidades públicas, o en las privadas que manejen fondos del Estado o realicen funciones públicas. No existirá reserva de información excepto en los casos expresamente establecidos en la ley. En caso de violación a los derechos humanos, ninguna entidad pública negará la información

Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas

Sección Primera

De la Información para la Planificación

Art. 30 Generalidades.- La información para la planificación, tendrá carácter oficial y público, deberá generarse y administrarse en función de las necesidades establecidas en los instrumentos de planificación definidos en este código.

[...]Adicionalmente, definirá el carácter de oficial de los datos relevantes para la planificación nacional, y definirá los lineamientos para la administración, levantamiento y procesamiento de la información, que serán aplicables para las entidades que conforman el sistema.

Art. 31 Libre acceso a la información.- La información para la construcción de las políticas públicas será de libre acceso, tanto para las personas naturales como para las jurídicas públicas y privadas, salvo en los casos que señale la Ley [...]

Art. 32 Sistema Estadístico y Geográfico Nacional.- El Sistema Estadístico y Geográfico Nacional será la fuente de información para el análisis económico, social, geográfico y ambiental, que sustente la construcción y evaluación de la planificación de la política pública en los diferentes niveles de gobierno.

La información estadística y geográfica que cumpla con los procedimientos y normativa establecida por la Ley de la materia, tendrá el carácter de oficial y deberá ser obligatoriamente entregada por las instituciones integrantes del Sistema Estadístico Nacional al organismo nacional de Estadística para su utilización, custodia y archivo [...]

Art. 33 Del Sistema Nacional de Información.- El Sistema Nacional de Información constituye el conjunto organizado de elementos que permiten la interacción de actores con el objeto de acceder, recoger, almacenar y transformar datos en información relevante para la planificación del desarrollo y las finanzas públicas. Sus características, funciones, fuentes, derechos y responsabilidades asociadas a la provisión y uso de la información serán regulados por este código, su reglamento y las demás normas aplicables. La información que genere el Sistema Nacional de Información deberá coordinarse con la entidad responsable del registro de datos y la entidad rectora de las finanzas públicas, en lo que fuere pertinente

Ley de Estadística.

Capítulo I

Del Sistema Estadístico Nacional

Art. 3 Todos los organismos o instituciones del sector público, que realicen labores de carácter estadístico, se sujetarán al Sistema Estadístico Nacional

Art. 20 Todas las personas naturales o jurídicas domiciliadas, residentes, o que tengan alguna actividad en el país, sin exclusión alguna, están obligadas a suministrar, cuando sean legalmente requeridas, los datos o informaciones exclusivamente de carácter estadístico o censal, referentes a sus personas y a las que de ellas dependan, a sus propiedades, a las operaciones de sus establecimientos o empresas, al ejercicio de su profesión u oficio, y, en general a toda clase de hechos y actividades que puedan ser objeto de investigación estadística o censal

**Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública
Dirección Nacional de Información, Seguimiento y Control de Gestión**

“Monitorear, controlar y evaluar los procesos de la planificación y gestión institucional para proporcionar información de calidad que permita la toma de decisiones. Con sus respectivas atribuciones y responsabilidades”

2.2. El Plan Nacional para el Buen Vivir 2009 - 2013

El Plan Nacional para el Buen Vivir, en concordancia con los mandatos constitucionales define objetivos, políticas y metas prioritarias que en salud se puede resaltar los siguientes:

En el Objetivo 1,

“Auspiciar la igualdad, la cohesión y la integración social y territorial en la diversidad”, La Política 1.1. se orienta a garantizar los derechos del Buen Vivir para la superación de todas las desigualdades, en especial, salud, educación, alimentación, agua y vivienda. En salud plantea la ampliación de la cobertura a través del mejoramiento de la infraestructura, equipamiento de los servicios de salud y la superación de las barreras de ingreso; Impulsar el acceso seguro y permanente a alimentos sanos, suficientes y nutritivos; universalizar el acceso a agua segura y la asignación prioritaria y progresiva de recursos públicos para propender al acceso universal y gratuito a los servicios de salud en función de criterios poblacionales, territoriales y de equidad social

En la Política 1.10

plantea asegurar el desarrollo infantil integral para el ejercicio pleno de los derechos, involucrando a la familia y a la comunidad para generar condiciones adecuadas de protección, cuidado y buen trato en particular en las etapas de formación prenatal, parto y lactancia, así como articular progresivamente los programas y servicios públicos de desarrollo infantil que incluyan salud, alimentación saludable y nutritiva, educación inicial y estimulación adecuada

En el Objetivo 2,

Mejorar las capacidades y potencialidades de la población, en el que la salud y la nutrición constituyen aspectos claves para el logro de este objetivo a través de una visión integral de la salud, la atención adecuada y oportuna, acciones de prevención y una adecuada nutrición que permitan la disponibilidad de la máxima energía vital

En el Objetivo 3,

“Aumentar la esperanza y calidad de vida de la población”: plantea políticas orientadas al cuidado y promoción de la salud; a garantizar el acceso a servicios integrales de salud: el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica; el reconocimiento e incorporación de las medicinas ancestrales y alternativas

En el Objetivo 4,

garantizar los derechos de la naturaleza y promover un ambiente sano y sustentable

En la Política 3.1

Promover prácticas de vida saludable en La población.

En la Política 3.2

Fortalecer la prevención, el control y la vigilancia de la enfermedad, y el desarrollo de capacidades para describir, prevenir y controlar la morbilidad

En la Política 3.3

Garantizar la atención integral de salud por ciclos de vida, oportuna y sin costo para las y los usuarios, con calidad, calidez y equidad

En la Política 3.4

Brindar atención integral a las mujeres y a los grupos de atención prioritaria, con enfoque de género, generacional, familiar, comunitario e intercultural

En la Política 3.5

Reconocer, respetar y promover las prácticas de medicina ancestral y alternativa y el uso de sus conocimientos, medicamentos e instrumentos

En la Política 3.7

Propiciar condiciones de seguridad humana y confianza mutua entre las personas en los diversos entornos

El país cuenta también con varias leyes y ha suscrito acuerdos internacionales que tienen que ver con la garantía de los derechos de salud como: Ley Orgánica de Salud, Ley del Sistema Nacional de Salud, Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, entre otras.

2.3. Ley Orgánica de Salud

Art. 6

Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública:3. 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.”

Art. 10

Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva, con sujeción a los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta Ley.”

Art. 69

La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónico — degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto.

Comprenderá la investigación de sus causas, magnitud e impacto sobre la salud, vigilancia epidemiológica, promoción de hábitos y estilos de vida saludable, prevención, recuperación, rehabilitación, reinserción social de las personas afectadas y cuidados paliativos.

Los integrantes del Sistema Nacional de Salud garantizarán la disponibilidad y acceso

a programas y medicamentos para estas enfermedades, con énfasis en medicamentos genéricos, priorizando a los grupos vulnerables.”

2.4. La Agenda Social 2009 – 2011 (MCDS, 2009)

Define para el sector salud tres ejes prioritarios de intervención:

1	2	3
Garantizar la atención integral de salud gratuita y oportuna para los usuarios en cada ciclo de vida, enfatizando en la calidad, calidez y equidad de los servicios de salud, el fortalecimiento del Modelo de Atención Integral en base a la atención primaria, la prevención y promoción de la salud; la articulación de la Red Pública Integral de Salud, el fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria Nacional; ampliar el acceso gratuito a medicamentos, el fortalecimiento del recurso humano y de la producción científica y tecnológica en salud.	Fortalecer la prevención, el control y la vigilancia de la enfermedad: fortaleciendo el sistema de vigilancia epidemiológica, reforzar los sistemas de prevención y atención integral frente a los principales problemas de salud y la capacidad de respuesta inmediata frente a emergencias, contingencias y desastres	Fomentar entornos saludables, promoviendo prácticas de vida saludable en la población y manteniendo estricta vigilancia de los productos de consumo humano: priorizar la educación alimentaria y nutricional; difundir prácticas y estilos de vida saludables: impulsar una intervención intersectorial para la promoción de la salud, campañas informativas sobre prácticas saludables, superar las brechas e inequidad en el acceso a servicios integrales de salud priorizando territorios y grupos poblacionales en situación de desventaja y mayor vulnerabilidad

La Agenda sectorial establece también la importancia de incorporar de manera transversal en las políticas de salud el enfoque de género, intercultural y generacional, así como la promoción de la participación ciudadana.

2.5. Objetivos de Desarrollo del Milenio

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio, constituyen un acuerdo y compromiso de las naciones del mundo para impulsar acciones para la reducción de la pobreza, el mejoramiento de las condiciones de salud, educación y la protección ambiental, que se concretaron en la Declaración del Milenio suscrita por los países miembros de las NNUU y que establece 8 objetivos y metas a ser cumplidas hasta el año 2015.

El cumplimiento de los objetivos y metas son interdependientes, su consecución se orienta a reducir la inequidad en el acceso a condiciones de vida dignas para toda la población mundial y en el ámbito de la salud son los siguientes:

Objetivo 4: Reducir la mortalidad en los niños menores de cinco años, la meta es la reducción en los dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad en menores de cinco años.

Objetivo 5: Mejorar la Salud Materna: la meta es reducir un 75% la tasa de mortalidad materna entre 1990 y el 2015 y lograr el acceso universal a la salud reproductiva

Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades, con las siguientes metas: reducir la propagación del VIH/SIDA; para el 2010 el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA; detenido y comenzar a reducir, en el 2015, la incidencia de la malaria y otras enfermedades graves.

2.6. Visión y Misión del Ministerio de Salud Pública del Ecuador

El Ministerio de Salud Pública como la máxima autoridad sanitaria en salud (ASS), para cumplir con los objetivos del MAIS-FCI, organiza y construye los procesos con la finalidad de definir la oferta de las prestaciones de salud en los tres niveles de atención, cuya misión es la atención integral de las personas, familias y comunidades en un espacio poblacional determinado. Esta es la parte fundamental en la que se asienta la estructura del Sistema Nacional de Salud.¹⁴

- su MISION es: “Ejercer la Rectoría del Sistema Nacional de Salud a fin de garantizar el derecho a la salud del pueblo ecuatoriano, por medio de la promoción y protección de la salud, de la seguridad alimentaria, de la salud ambiental y del acceso permanente e interrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia;
- su VISIÓN “Para el año 2020 el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, ejerce la Rectoría del Sistema Nacional de Salud, modelo referencial en Latinoamérica, que garantiza la salud integral de la población y el acceso universal a una red de servicios con la participación coordinada de Organizaciones públicas, privadas y de la comunidad”.

¹⁴ MINISTERIO DE SALUD, Análisis de la Situación de Salud, Propuesta Metodológica. San José, Costa Rica, América Central, 1994.

CAPITULO 3

3. MARCO CONCEPTUAL DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR, COMUNITARIO E INTERCULTURAL- MAIS-FCI

3.1. Salud

El MAIS-FCI asume el concepto de salud dado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Constitución de 1948, define salud como el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales.

La salud¹⁵ entendida en una doble dimensión: como producto de las condiciones sociales y biológicas y a la vez como productor de condiciones que permiten el desarrollo integral a nivel individual y colectivo. La salud se construye en el marco de las condiciones económicas, sociales, políticas, culturales, ambientales, de las formas de relación con los grupos sociales, de las formas en que cada sociedad se organiza para la distribución de los bienes, entre ellos los servicios de salud y de cómo a nivel individual y sobre una base biológica y espiritual se procesan estas condiciones.

En palabras de Del Bosque S. (1998) *“La salud se crea donde la gente vive, ama, trabaja, y se divierte: es la integración entre ambientes y gentes, en el proceso de la vida diaria lo que crea un patrón de salud”*¹⁶.

La salud como productor de desarrollo implica un esfuerzo consciente de los individuos y los grupos sociales, en función del mejoramiento de las condiciones de vida, de la generación de oportunidades, adquiere un papel de cohesión social y puede constituirse en una de las fuerzas que juega un papel constructivo en el proceso de desarrollo social.

El cuidado de la salud es un eje estratégico del desarrollo individual y colectivo, un elemento clave para la consecución del buen vivir. Como señala Betancourt Z. (2011) *“la salud y la enfermedad son formas de caminar por la vida”*¹⁷

La salud y el enfoque de la APS-R están en estrecha relación con la noción de desarrollo humano sustentable, que trasciende el sentido de generación de riqueza

¹⁵ Estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad. OMS 1946

¹⁶ Del Bosque S. *Megatendencias de Cambio y Desarrollo en las Proximidades del Siglo XXI: El macro contexto*. en *Manos a la Salud*. México. CIESS-OPS. 1998. pp20

¹⁷ Betancourt Z. *La construcción de salud en el Ecuador desde los movimientos sociales, aproximaciones iniciales*. Quito, 2011

económica pues plantea el desarrollo como el logro de bienestar y generación de oportunidades en el presente y para las generaciones futuras.

El bienestar significa la satisfacción de necesidades materiales y espirituales, la potenciación de las capacidades humanas, la libertad, el ejercicio de derechos, la participación, el cuidado de los recursos naturales y los ecosistemas, el reconocimiento y respeto a la diversidad, es decir, el mejoramiento de la calidad de vida. Citando a Max N. (1986), *“el mejor proceso de desarrollo será aquel que permita elevar más la calidad de vida de las personas”*

La Constitución Ecuatoriana, desde una visión integral de la salud (Capítulo segundo, Art. 32) reconoce la salud como un derecho fundamental que tiene que ser garantizado por el Estado y cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos que sustentan el Buen Vivir.

En este marco, el MAIS-FC se orienta a la construcción, cuidado y recuperación de la salud en todas sus dimensiones: biológicas, mentales, espirituales, psicológicas y sociales. Y pone en el centro de su accionar la garantía del derecho a la salud de las personas, las familias, la comunidad y desde este enfoque organiza las modalidades y contenidos de la prestación de servicios integrales, la articulación intersectorial y la participación ciudadana.

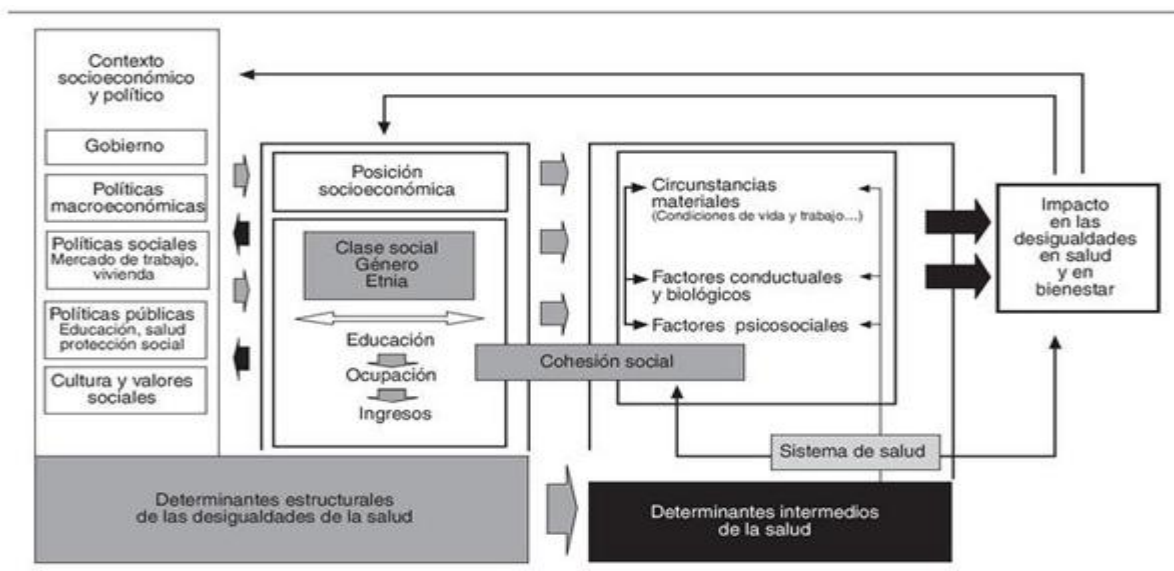
3.2. Determinantes de la Salud

Se denomina al Conjunto de variables que tienen el potencial para generar protección o daño, es decir, son condiciones que determinan la salud. Son un conjunto de factores complejos que al actuar de manera combinada determinan los niveles de salud de los individuos y comunidades.¹⁸

Los determinantes de salud que el MAIS-FCI lo asume es el modelo elaborado por la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS son:

¹⁸ Health Canadá 2000)

Ilustración 1 Marco Conceptual de los Determinantes de la Salud.



Fuente: Solar e Irwin¹⁹.

Contexto socioeconómico y político. Se refiere a factores estructurales del sistema social que afectan de forma significativa a la estructura social. Se incluyen los siguientes aspectos: a) gobierno en su aspecto amplio, b) políticas macroeconómicas como, por ejemplo, las políticas fiscales o las políticas que regulan el mercado de trabajo; c) políticas sociales que afectan al mercado de trabajo, al estado del bienestar y a la distribución de la tierra y la vivienda; d) otras políticas públicas (educación, atención sanitaria, etc.), y e) valores sociales y culturales, como el valor que la salud y los servicios de salud tienen para la sociedad. Aún se dispone de pocos estudios que relacionen el contexto político con la salud y las desigualdades en salud de la población, aunque ya hay algunos que demuestran la influencia de la tradición política en la salud, en el sentido de que los países con tradición socialdemócrata potencian un estado del bienestar más extenso, con menos desigualdades de renta y políticas de pleno empleo, y logran mejores resultados en algunos indicadores de salud (sobre todo, se ha estudiado la mortalidad infantil) y menores desigualdades de salud.¹⁹

Posición socioeconómica. En este apartado también se incluyen determinantes estructurales de las desigualdades en salud, como los distintos ejes de desigualdad de la estructura social, en concreto la clase social, la posición socioeconómica, el género y la pertenencia étnica. Estos ejes determinan las oportunidades de tener una buena salud y ponen de manifiesto la existencia de desigualdades en salud debidas a las jerarquías de

¹⁹ Krieger N, Smith K, Naishadham D, Hartman C, Barbeau EM. Experiences of discrimination: validity and reliability of a self-report measure for population health research on racism and health. *Soc Sci Med.* 2005;61:1576-96. [[Links](#)]

Marmot M; Commission on Social Determinants of Health. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet.* 2007;370:1153-3 [[Links](#)]

poder o de acceso a los recursos, en las que resultan más beneficiadas las personas de clases sociales privilegiadas²⁰, o grupos que detentan el poder en las relaciones sociales. La desigualdad que se produce se define relacionalmente, en el sentido de que el mayor poder y el mejor acceso a los recursos por parte de las personas más privilegiadas están en relación con el menor poder y el peor acceso de las más desfavorecidas. Estos ejes de desigualdad están relacionados con el concepto de discriminación o de «las relaciones de clase, género o etnia injustas basadas en prácticas institucionales e interpersonales donde miembros de un grupo dominante adquieren privilegios a base de subordinar a otras personas, y justifican estas prácticas mediante ideologías de superioridad o diferencias», que se denominan clasismo, sexismo o racismo²¹.

Los determinantes intermedios o factores intermediarios. La estructura social determina desigualdades en los factores intermediarios, los cuales, a su vez, determinan las desigualdades en salud. Estos factores son: a) las circunstancias materiales, como la vivienda, el nivel de ingresos, las condiciones de trabajo o el barrio de residencia; b) las circunstancias psicosociales, como la falta de apoyo social, las situaciones de estrés (acontecimientos vitales negativos), el poco control, etc.; c) los factores conductuales y biológicos, como los estilos de vida que dañan la salud, y d) el sistema de salud, pues aunque los servicios sanitarios contribuyen muy poco a las desigualdades en salud, el menor acceso a ellos y su menor calidad para las personas de clases sociales menos favorecidas es una vulneración de los derechos humanos. Además, el pago de los servicios de salud puede llevar a la pobreza a la población de estas clases sociales.

Determinantes medio ambientales²²

La mayor parte del consumo de agua en el Ecuador es para el riego (80% del total de agua captada). Su uso doméstico es relativamente bajo. Del agua utilizada para el uso doméstico únicamente el 5% recibe tratamiento; el resto regresa a los afluentes en forma de aguas negras con un alto contenido orgánico y contaminante. El porcentaje de viviendas con acceso a agua entubada por red pública dentro de la vivienda ha crecido progresivamente. Según los datos de las encuestas de condiciones de vida del INEC, en 1995 el promedio nacional era del 37%, en 1999 del 40%, y en el 2006 del 48%.

El déficit del acceso a agua entubada se refleja en la brecha urbano-rural, con valores del 66% y del 14 % de cobertura respectivamente. Esta misma brecha se observa en el indicador de pobreza, donde el quintil más pobre (I) tiene una cobertura de agua del 11% frente al 87% del quintil más rico (V).

La proporción de viviendas con servicio de eliminación de excretas ha pasado del 84% en 1995 al 90% en el 2006. La diferencia urbano – rural llega a 11 puntos, y la diferencia por pobreza de consumo es de 1995 pasando del 44% al 49% en el 2006. Las diferencias regionales actuales de falta de alcantarillado son evidentes; mientras que la región Sierra

²⁰ Krieger N. Genders, sexes, and health: what are the connections, and why does it matter? Int J Epidemiol. 2003;32:652-7. [Links]

Krieger N. Refiguring «race»: epidemiology, racialized biology, and biological expressions of race relations. Int J Health Serv. 2000;30:211-6. [Links]

²¹ Lynch JW, Smith GD, Kaplan GA, House JS. Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. BMJ. 2000 29;320:1200-4. [Links]

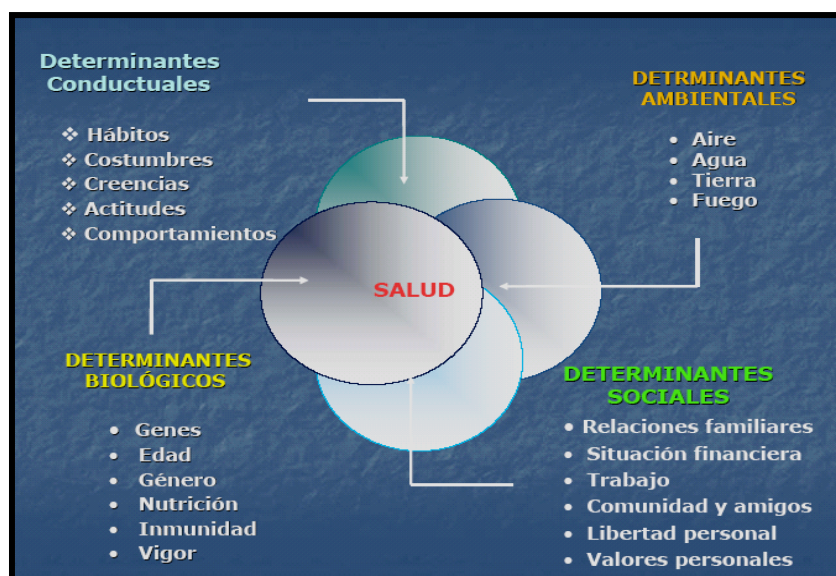
Marmot M, Wilkinson RG. Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al. BMJ. 2001;19:1233-6.

²² Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Encuesta de Condiciones de Vida. 2006

del país tiene el 69% de las viviendas cubiertas, en la Costa y Amazonía la cobertura no llega al 40%. Así mismo se ve una diferencia entre las zonas rurales y urbanas, con una cobertura del 29% y del 95% respectivamente. La cobertura de la recolección de basura llega al 43% en el segmento más pobre (quintil I), y al 94% de las viviendas del quintil V.

La mayoría de las provincias tienen una cobertura del 50% -75%. El Ecuador se encuentra amenazado por la acción de varios fenómenos geológicos: sismos, erupciones volcánicas e inestabilidad de terrenos, además de inundaciones sequías, granizadas, heladas, entre otros, debido a su ubicación geográfica en el denominado Cinturón de Fuego del Pacífico. Además, la actividad humana ha generado y genera deforestación, incendios forestales, derrames de petróleo, contaminación con sustancias químicas peligrosas, contaminación del agua superficial y subterránea que, en conjunto, pueden ocasionar desastres, y provocar un impacto importante en la salud directamente o alterando la disponibilidad de alimentos y del agua de calidad sanitaria.

Ilustración 2 Determinantes de la Salud



Fuente: Marck Lalonde, 1974.

3.3. La Atención Primaria de Salud Renovada (APS-r)

La APS-R es una estrategia que orienta el desarrollo de los sistemas de salud. Su implementación como todo proceso social, ha estado sujeta a las contradicciones e intereses económicos y políticos que configuran las formas de organización de las sociedades.

La APS-R tiene sus raíces en la APS formulada en Alma Ata (1978) que esta, a su vez recogió el pensamiento y práctica de la medicina social que inicio la reflexión y

demostración de los determinantes sociales de la salud y la inequidad en el acceso a los servicios que en la década de los setentas toma mucho impulso sobre todo en América Latina, unida a los procesos libertarios y de cambio social, surgiendo así valiosas experiencias locales que desde la reivindicación del derecho a la salud, pusieron sobre el tapete la necesidad de trabajar en torno al mejoramiento de la calidad de vida y la participación como elementos sustanciales para el logro de la salud.

A partir de la Declaración de Alma Ata (1977) la estrategia de APS toma importancia para los Estados y las políticas nacionales de salud, sin embargo del reconocimiento formal, su aplicación es limitada en la mayoría de países.

Otro aporte de esta declaración es que identificó requisitos previos para la salud, tales como un ecosistema estable, justicia social, equidad, y recursos como la educación, alimentos e ingresos. (Bolívar K., 2011)

Posteriormente, en 1986 se realiza en Ottawa, la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, que define a la promoción como “el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud, y para que la mejoren. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y llevar a cabo unas aspiraciones, satisfacer unas necesidades y cambiar el entorno o adaptarse a él”.

La OMS (1986) plantea la necesidad de implementar acciones orientadas al mejoramiento de la calidad de vida de la población como una condición ineludible para el logro de la salud. La estrategia de promoción de la salud establece algunos lineamientos como reorientar el modelo de atención hacia un enfoque integral en el que las acciones de prevención y promoción de la salud son los ejes fundamentales, la construcción de políticas públicas saludables, intervenciones intersectoriales, la promoción de estilos de vida y espacios saludables, y la participación activa de la población.

Otro hito importante fue la conferencia de Santa Fe de Bogotá en 1992, en donde se plantea la necesidad de armonizar el desarrollo económico con el mejoramiento de las condiciones de bienestar y equidad social como condiciones indispensables para el logro de salud. En ese sentido “el desafío de la Promoción de la Salud en América Latina consiste en transformar las relaciones excluyentes conciliando los intereses económicos y los propósitos sociales de bienestar para todos, así como en trabajar por la solidaridad y la equidad social, condiciones indispensables para la salud y el desarrollo”.²³

En la década del 90, el embate del pensamiento y la práctica neoliberal incidieron en que la Estrategia de APS se reduzca a intervenciones puntuales, focalizadas, locales y de bajo costo, coartando su potencial transformador, se institucionalizó las intervenciones focalizadas y de bajo costo para los pobres y se estimuló el crecimiento y consolidación de la salud como una mercancía impulsando las acciones de salud centradas en el enfoque curativo.

²³ Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, Bogotá:1992

La evidencia del fracaso del modelo de desarrollo economicista y de las políticas neoliberales, que en el campo de la salud significó profundizar la inequidad en el acceso a condiciones de vida saludables y a los servicios de salud, ha incidido en que se reposicione la estrategia de la APS como eje de los procesos de transformación de los sistemas de salud.

Tanto la Constitución Política como el Plan de Desarrollo para el Buen Vivir, establecen que la estrategia de Atención Primaria de Salud, debe ser la base de la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública Integral de Salud.

Este mandato implica reorientar el modelo de atención hacia un modelo que fortalezca la promoción y la prevención; implementar estrategias que permitan el acceso equitativo y continuo a servicios integrales de salud, que se adecuen a las necesidades y demandas de la población, reconociendo y dando respuesta a las especificidades que devienen de la diversidad étnica y cultural, del momento del ciclo vital, de género y territorial. Implica también la articulación intersectorial y la participación ciudadana en torno a procesos de desarrollo y mejoramiento de la calidad de vida. La Atención Primaria no significa exclusivamente servicios en el I nivel de atención, sino que considera que el I nivel de atención es la puerta de entrada a los otros dos niveles más complejos de atención, con la finalidad de dar atención integral y específica a las demandas individuales.

Atributos esenciales de las Redes Integradas de Servicios de Salud con APS-R:

- Entrega de servicios de especialidad en el lugar más apropiado
- Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de servicios.
- La cartera de servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo la promoción, prevención, diagnóstico precoz, atención curativa, rehabilitadora y paliativa y apoyo para el autocuidado.

3.4. Epidemiología Comunitaria en el Modelo de Atención Integral de Salud y en la Red Pública Integral de Salud.²⁴

Es una concepción metodológica y una herramienta para el análisis de la realidad y la transformación de la misma, con la participación activa de la comunidad, constituyéndose en un elemento clave para la implementación del Modelo de Atención.

La Epidemiología Comunitaria se caracteriza por:

²⁴ Documento preparado por el Dr. Juan Moreira, La Epidemiología Comunitaria en el Modelo de Atención Integral de Salud, Quito.2011

- Los datos epidemiológicos que se generan no tienen un camino unidireccional (desde la periferia hacia el centro) si no que transitan en un camino de ida y vuelta, donde se validan, se enriquecen y finalmente se convierten en elementos fundamentales para el diálogo en y con las comunidades.
- No excluye el uso de la tecnología informática y de las telecomunicaciones, pero se fundamenta en el uso de la palabra, de la escucha, del pensamiento, de la reflexión; habilidades humanas que, hasta donde se conoce, no han sido todavía superadas por ningún software, Smartphone o red neural.
- Es una herramienta de uso popular, sirve para: “conocer mejor la realidad en la que vivimos para poder transformarla”.
- Concibe a la comunidad como un conjunto de personas que comparten un interés o un problema común y no solamente como un lugar delimitado geográficamente y demográficamente, por lo general aislado, deprimido y exótico.(Tognoni, 1998)
- Da mucha importancia al papel de la comunidad en el campo de la investigación, que a través de un proceso sistemático y participativo evalúa permanentemente en qué medida el(los) derecho(s) que ha(n) sido reconocido(s) está(n) siendo garantizado(s).

Para su implementación se ha desarrollado una serie de herramientas didácticas, sencillas pero que encierran una gran profundidad de conceptos; tendrán que ser incorporadas en el trabajo de los equipos de salud y de los actores comunitarios.

3.5. El enfoque de evitabilidad como una herramienta hacia la equidad y solidaridad ²⁵ en el Modelo de Atención Integral de Salud y en la Red Pública Integral de Salud

Para superar las profundas brechas que históricamente se han generado en el país en cuanto a la garantía del derecho a la salud, la Autoridad Sanitaria Nacional ha establecido estrategias que a corto y mediano plazo contribuyan a enfrentar las desigualdades con mayor eficacia, priorizando desde un enfoque de evitabilidad las condiciones, problemas y territorios a intervenir.

El Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud por medio de la Subsecretaría Nacional de Vigilancia de la Salud Pública del MSP del Ecuador ha desarrollado un modelo de priorización de enfermedades que se orienta a superar enfoques centrados exclusivamente en la carga global de la enfermedad hacia un enfoque de derechos y el logro de mayor eficiencia, eficacia e impacto social y económico en las intervenciones. En esta propuesta se construye un Índice Compuesto de Priorización para problemas de Salud (INPRIS) a partir de la combinación de criterios como la magnitud de defunciones según causa de muerte, mortalidad prematura y el índice de evitabilidad del evento y de la consecuencia.

²⁵ La Dirección de Control y Mejoramiento de la Salud Pública del Ministerio de Salud, ha desarrollado un modelo de priorización de enfermedades y territorios orientado a lograr mayor equidad, eficiencia e impacto en las intervenciones de salud pública. Esta propuesta está descrita en: Narváez, Alberto y Juan Moreira. Boletín Epidemiológico - (Ecuador)2009;8(54). Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Quito, 2009

Se clasificó a las enfermedades en tres grupos: de alta prioridad (18), mediana prioridad (40) y baja prioridad (50), y se estima que al intervenir en las 18 enfermedades de alta prioridad se puede evitar el 41.5% de muertes más frecuentes que se registran en el país, si se añade las 22 enfermedades de mediana prioridad se puede evitar el 61% de las muertes.

Las 18 enfermedades de alta prioridad reflejan las características del mosaico epidemiológico del país y de acuerdo a las características y determinantes de los problemas de salud priorizados, se pueden agrupar de acuerdo al tipo de intervención que se requiere para su prevención y atención integral.

Esta herramienta es de fácil utilización, se articula al Modelo Integral de Salud como una herramienta de epidemiología comunitaria y permite integrar a los equipos de salud del nivel primario y secundario con la comunidad para involucrarlos en la identificación, análisis y toma de decisiones para intervenir con acciones integrales de salud.

3.6. Los Cuidados Paliativos en el Modelo de Atención Integral de Salud²⁶ y en la Red Pública Integral de Salud.

Uno de los retos del MAIS-FC, es incorporar el abordaje y servicios de cuidados paliativos.

Los cuidados paliativos se orientan entre otros aspectos, a ofrecer atención integral a la persona que está en fase terminal del proceso de enfermedad, atendiendo las necesidades biológicas, psicosociales y espirituales hasta el momento de morir y, a la familia y la comunidad facilitando el acompañamiento del paciente y apoyo incluso en el proceso de duelo.

Durante todo el ciclo vital de las personas se pueden presentar enfermedades que amenazan la vida, sin posibilidad de curación y por lo tanto requieren cuidados paliativos, que se deben prestar en los tres niveles de atención de acuerdo a los protocolos establecidos por la Autoridad Sanitaria Nacional, cumpliendo actividades de promoción, prevención, tratamiento activo, intervenciones interdisciplinarias en estrecha relación con la familia y la comunidad.

3.7. La Participación Social en el Modelo de Atención Integral de Salud y en la Red Pública Integral de Salud

La APS renovada está fuertemente ligada a procesos de organización y participación social que se construyan desde las necesidades y demandas más sentidas de los seres humanos. La posibilidad de generar espacios democráticos deliberativos y asociativos de poder ciudadano pueden convertirse a corto y mediano plazo en la oportunidad de generar procesos de transformación en el ámbito de la salud y la calidad de vida.

²⁶ Acuerdo Ministerial para Cuidados Paliativos. Marzo 2011

El MAIS-FCI se orienta a generar condiciones y mecanismos que contribuyan a que las personas y las organizaciones sociales locales tengan el control sobre los determinantes sanitarios, a través de procesos de información, educación permanente y activa participación, facilitando el pleno ejercicio de sus derechos y responsabilidades en salud.

La generación de condiciones saludables no es posible sin participación activa de las personas como sujetos de derecho, que tienen la misión de construir sus organizaciones representativas para conocer, acordar, ejecutar y evaluar conjuntamente con los equipos de salud las intervenciones del modelo de atención. La organización local se constituye en la contraparte de veeduría del ejercicio del derecho a la salud y el funcionamiento de la red de servicios.

3.8. Enfoque de Interculturalidad en el Modelo de Atención Integral de Salud y en la Red Pública Integral de Salud

La lucha y demandas de las nacionalidades, pueblos indígenas, montubio y afro ecuatorianos del país, ha permitido el reconocimiento constitucional del Ecuador como un país intercultural y plurinacional, lo que establece una nueva lógica de organización del Estado y sus instituciones para garantizar sus derechos.

La hegemonía del enfoque occidental en el quehacer sanitario y la incapacidad que han tenido las políticas y programas de salud para comprender, respetar e incorporar los conocimientos y prácticas de salud ancestrales de la medicina tradicional y medicinas alternativas, se expresa entre otros aspectos en las profundas limitaciones de acceso a los servicios de salud, especialmente a los pueblos y nacionalidades indígenas y afro ecuatorianos.

Para el sector salud el reto fundamental es incorporar de manera transversal el enfoque intercultural en el modelo de atención y gestión, y que los recursos de la medicina tradicional y medicinas alternativas sean **complementarios**.

La incorporación de la interculturalidad implica fundamentalmente un posicionamiento ético y político de reconocimiento y respeto a la diversidad que permita una interacción horizontal y sinérgica, sustentada en el conocimiento, el dialogo y el irrestricto respeto a los derechos de las personas.

En este sentido, el MSP a través de la Dirección Nacional de Salud Intercultural, ha implementado importantes avances en cuanto a la incorporación del enfoque intercultural y la adecuación cultural de los servicios, particularmente de los servicios de atención a la mujer embarazada y la atención del parto con resultados muy positivos en cuanto a acceso y disminución de complicaciones y riesgos para la madre y el/la niña. Por otra parte, a nivel local existe una red de agentes de salud de la medicina indígena y tradicional que históricamente han tenido un papel protagónico en la atención y cuidado de la salud de la población.

El fortalecimiento del MAIS-FCI implica por lo tanto definir e implementar estrategias que permitan incorporar el enfoque holístico de la salud de las culturas ancestrales y

operativizar el enfoque intercultural en los diferentes niveles de atención, Para lograrlo, se requiere, entre otras acciones, la formación y capacitación del recurso humano en el enfoque intercultural, generar actitudes y condiciones para garantizar una interacción con las y los usuarios respetando sus conocimientos y prácticas de salud, y avanzar en la adecuación cultural de los servicios con la activa participación de los actores de la medicina ancestral y alternativa, que contribuyan a recuperar, fortalecer y potenciar sus saberes y prácticas en función de una atención integral.

Es así que **la interculturalidad en salud** se vincula como el enfoque **que permite la inter relación entre culturas sanitarias distintas**, aquella que se da **entre los proveedores de salud que tienen** en sus orígenes, en su preparación y formación, concepciones y prácticas distintas, más que tienen credibilidad y preferencia por parte de los usuarios. Además la interculturalidad mejorará las **relaciones entre los proveedores diversos en salud y sus demandantes o usuarios que por su origen tienen y generan distintas demandas de atención en salud.**

La organización de los servicios de salud al interior del Sistema Nacional de Salud, la incorporación de este enfoque permite acercar los servicios a la población porque reduce las barreras de acceso sociocultural principalmente.

Desde **la oferta de servicios de atención en salud** la interculturalidad como enfoque busca hacer efectivo el mandato constitucional donde se establece la conformación y presencia efectiva de los proveedores de las medicinas occidentales, en conjunto con las medicinas alternativas y complementarias, inter relacionados logren el bienestar del individuo, familia y comunidad respetando y considerando sus situaciones y condiciones diversas, a fin de que la provisión de servicios cumpla con criterios de pertinencia, coherencia y correspondencia.

3.9. Integrar a la Salud Mental en el Modelo de Atención Integral de Salud y en la Red Pública Integral de Salud

La Salud Mental es definida como un estado de armonía y equilibrio del ser humano, que le permite sentirse bien consigo mismo, realizarse en relación a sus creencias, interactuar de una manera consciente, coherente y respetuosa con su entorno cultural, social, natural y con “el otro”; desarrollar valores y suscitar condiciones éticas, para construir un proyecto de vida y desarrollarse como sujeto de derechos²⁷. En este sentido, es más que la mera ausencia de trastornos mentales; e incluye bienestar subjetivo, autonomía, competencia y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente.

La salud mental también se refiere a la posibilidad de acrecentar la competencia de los individuos y comunidades y permitirles alcanzar sus propios objetivos²⁸. En este sentido, la salud mental es materia de interés para todos, y no sólo para aquellos afectados por un trastorno mental.

²⁷ Definición tomada del Encuentro Nacional “Salud Mental para el Nuevo Milenio” y en donde se planteó la Política Pública de Salud Mental para el Buen Vivir. Dirección Nacional de Atención Integral de Salud Mental. 2009

²⁸ Organización Mundial de la Salud. Invertir en Salud Mental. Suiza 2004

No obstante, en la mayor parte del mundo no se le atribuye a la salud mental y los trastornos mentales la misma importancia que a la salud física. Por el contrario, ha sido objeto de abandono e indiferencia, a pesar de que los problemas de salud mental constituyen una de las causas principales de discapacidad en el mundo²⁹, puesto que un gran porcentaje de las personas con trastornos mentales no recibe atención apropiada a pesar de los avances en nuevos tratamientos (apoyo psicológico, social así como medicinal) y como consecuencia de ello, sufren en silencio, así lo expresa la Organización Mundial de Salud (2001) quien afirma que “la salud mental es tan importante como la salud física para el bienestar general de los individuos, las sociedades y los países. Pese a ello, solo una pequeña minoría de los 450 millones de personas que padecen un trastorno mental o del comportamiento está en tratamiento”³⁰

En el Ecuador la Constitución del año 2008 la importancia de la asistencia psicológica para garantizar estabilidad física y mental³¹ a la población. De igual manera en la Ley Orgánica de Salud constan artículos relacionados directamente con algunos tópicos de la salud mental³².

En el Plan Nacional para el Buen Vivir se inscriben de manera tácita aspectos relacionados a la promoción de la salud mental.³³

Donde se operativizan los lineamientos de los instrumentos legales citados, es en el Modelo de Atención Integral de Salud, el cual enfatiza la importancia de intervenir en las condiciones de esta dimensión de la salud³⁴, para ello, como uno de sus lineamientos generales se plantea la incorporación de la Salud Mental Comunitaria desde la organización de los servicios de salud hasta el desarrollo de los planes locales de salud³⁵, y que de esta manera se aspira superar los Modelos: Curativo y Clínico Biológico³⁶ que marcan aún el quehacer de los servicios psiquiátricos y de salud mental en el país.

Este modelo comunitario permite comprender al individuo en sus dimensiones biológicas, psicológicas, así como sociales y políticas. Su componente más importante es

²⁹ Según un informe de la OMS (1999) las enfermedades mentales constituyen uno de los principales componentes de la gran masa global de enfermedades y discapacidades: cinco de diez causas principales de discapacidad en el mundo son los problemas de salud mental.

³⁰ OMS. Informe sobre la Salud en el Mundo. Suiza 2001

³¹ Artículo 38 literal 9, que se refiere a políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores.

³² Como en el capítulo IV, Art 31 que se refiere a la Violencia como problema de salud pública. De igual manera en el capítulo VII lo relacionado con tabaco, bebidas alcohólicas, psicotrópicos, estupefacientes y otras sustancias que generan dependencia, entre otros temas.

³³ De manera más evidente se aprecia en los Objetivos Nacionales para el Buen Vivir. Uno de ellos: Auspiciar la igualdad, cohesión e integración social y territorial en la diversidad.

³⁴ La salud mental y los riesgos ambientales son en la actualidad condiciones y problemas que deben suscitar la atención prioritaria del sector salud. Tal es así que la violencia hacia la mujer, el maltrato infantil y los suicidios consumados constituyen problemas de salud pública por la alta frecuencia en que se producen y las graves consecuencias que generan a nivel individual, familiar y social. MSP. Modelo de Atención con Enfoque Comunitario, Familiar e Intercultural. Ecuador 2011

³⁵ En este modelo los servicios se estructuran de acuerdo a las necesidades de las personas y a sus condiciones bio-psico-sociales. Éstos funcionan con equipos multiprofesionales e interdisciplinarios que, a diferencia de otros modelos (Curativo y Bio clínico) permite tres desplazamientos que lo configuran: a) del sujeto enfermo a la comunidad, b) del hospital a los Centros Comunitarios de Salud Mental y, c) Del Psiquiatra al Equipo de Salud Mental.

³⁶ El Modelo Curativo parte de la premisa que el paciente es potencialmente peligroso para sí o para otros, esto explica que se actúe aislándolo de la sociedad. La atención está enfocada en el internamiento en hospitales psiquiátricos, la misma que no está sometida a mayores controles, constituyéndose por regla general en indefinida e indebida, por no efectuarse por razones sanitarias sino sociales. En cambio, para el Modelo Clínico Biológico, la enfermedad mental tiene una base biológica compleja por lo que su tratamiento debe estar en manos de médicos especialistas que trabajen en centros de alta complejidad. Tiene su apogeo en el siglo XIX, tiempo en el cual se piensa que todas las enfermedades tienen una base biológica, prescindiendo de otras etiologías. Como consecuencia de ello surgen prácticas cuestionables a la luz de la valoración actual de los derechos humanos como el coma hipoglucémico, terapia malárica, lobotomía prefrontal y el electroshock TEC.

la participación de la comunidad en la planificación y desarrollo de actividades enmarcadas en la estrategia de Atención Primaria de Salud, en la cual, incorporada la salud mental mejoraría el acceso de la población a los servicios, facilitarían la promoción de la salud, la prevención, identificación, manejo y el seguimiento de las personas con trastornos y/o afectaciones mentales en sus comunidades, además de reducir la estigmatización y discriminación de las personas que estén afectadas por algún trastorno. Sin contar que la atención primaria de salud mental es asequible y eficaz en función de los costos. Razón por la cual es urgente y prioritaria junto con la incorporación de la salud mental comunitaria, la implementación de una política pública que fortalezca la organización de los servicios de salud hacia la promoción de la salud y prevención de problemas de salud mental³⁷ como plantea la atención primaria de salud renovada que guía este modelo de atención en el país.

3.10. Integrar el Sistema Nacional de Investigación en Salud en el Sistema Nacional de Salud

El Sistema Nacional de Investigación en Salud lo conforman el conjunto de instituciones, personas y actividades cuya meta es generar conocimientos de alta calidad, que puedan utilizarse para promover, restaurar o mantener el estado de salud de las poblaciones.³⁸ Se enmarca en las disposiciones de la Constitución Política del Ecuador, el Plan Nacional de Desarrollo 2009-2013, SENESCYT, el MSP, Ley Orgánica de Salud, y la Política Nacional de Investigación en Salud.³⁹

Los objetivos del Sistema son: Impulsar y desarrollar la investigación científica, la formación y capacitación de recursos humanos y la utilización de la investigación como elemento fundamental para contribuir a mejorar la calidad de la salud y vida y los niveles de justicia y equidad en salud de los ecuatorianos; Propiciar el desarrollo de políticas, planes, programas y acciones en respuesta a los resultados de las investigaciones en salud.

Por ello, el SNS incluye a la investigación científica en el quehacer de las actividades de prestación de servicios en los tres niveles de atención, en la planificación estratégica en salud, en la generación de investigación básica y en el ámbito de la investigación clínica, integrando la actividad investigativa en el quehacer de cada componente del SNS.

3.11. Prioridades y Estrategias Nacionales

Las prioridades nacionales se orientan a movilizar los recursos en función del logro de objetivos y metas de corto y mediano plazo. Son estrategias que requieren una

³⁷Con respecto a políticas, planes/programas nacionales de salud mental, la situación del Ecuador es similar en la mayoría de países de América Latina. Los esfuerzos observados en los últimos años en varios países con el objetivo de reformular y actualizar sus políticas y planes nacionales de salud mental, a través de procesos con amplia participación de todos los sectores relevantes de la sociedad han sido limitados. El Salvador, Belice, Chile, Perú y Paraguay son los países de la Región donde se han observado iniciativas exitosas en esta área.

³⁸ OMS, 2004.

³⁹ CONASA, Informe de consultoría contrato CDC-CONASA-08-2010

intervención intersectorial y que se orientan a modificar los factores o determinantes críticos que generan la prioridad sanitaria, por el impacto en la población y en el desarrollo del país. Se enmarcan en las políticas y metas nacionales establecidas en el Plan de Desarrollo para el Buen Vivir, acuerdos internacionales como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODEM).

- **Priorización de condiciones y problemas de salud desde un enfoque de evitabilidad:**

El Ministerio de Salud Pública, con la finalidad de lograr equidad y progresividad en la garantía del derecho a la salud, ha establecido prioridades de intervención frente a los principales problemas de salud considerando el criterio de evitabilidad.

La intervención en estos procesos puede incidir de manera significativa en la prevención de la muerte, la enfermedad y sus consecuencias. El modelo de priorización de enfermedades a través del **-Índice Compuesto de Priorización de Enfermedades, INPRIS** que combina criterios e indicadores (magnitud de la mortalidad, muerte prematura y evitabilidad de la consecuencia y el evento), estima que la intervención integral y prioritaria en 18 enfermedades de alta prioridad puede contribuir a disminuir el 42% del total de muertes en el país.^{40, 41}

Estos problemas coinciden en gran medida con el mosaico epidemiológico del país y una intervención integral y oportuna con acciones de promoción, prevención, curación, rehabilitación, así como, intervenciones intersectoriales, puede permitir un importante impacto en la disminución de muertes y complicaciones evitables.

- **La Estrategia Nutrición Acción - Desnutrición 0**⁴²

Que la población ecuatoriana se encuentre en buen estado nutricional, es una de las metas nacionales que ha convocado a diferentes instituciones del sector social. Desde la perspectiva del derecho a la vida y cuidado de la salud, es inadmisibles que las y los niños y mujeres embarazadas estén sujetos al riesgo de desnutrición y sus secuelas, cuando es un problema eminentemente prevenible con medidas de fácil implementación pero que implican cambios culturales y prácticas tanto en los servicios y equipos de salud como en la población.

Para la implementación de esta estrategia se han definido 303 parroquias en las que hay un mayor índice de desnutrición infantil y concentración de población en extrema pobreza. La estrategia tiene dos grandes objetivos:

⁴⁰ Modelo propuesto por Alberto Narváez y Juan Moreira - Priorización de Enfermedades en el Ecuador. Boletín Epidemiológico. Dirección de Control y Mejoramiento de la Salud Pública, Ministerio de Salud Pública, Quito, Ecuador

⁴¹ Las 18 enfermedades priorizadas son: accidentes de transporte, violencia, neumonía, ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, diabetes mellitus, tuberculosis respiratoria, enfermedades hipertensivas, fiebre reumática aguda y enfermedades reumáticas crónicas, enfermedades por VIH, difteria, tos ferina, sarampión, anemias, diarreas y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, paludismo, lesiones autoinflingidas, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, otras enfermedades del corazón.

⁴² Ver normativa del MSP publicado en la pagina web

- a) Disminuir la desnutrición de los menores de cinco años y eliminar la desnutrición de los niños que nacen hasta el año de edad y
- b) Desarrollar destrezas y capacidades del personal técnico del MSP para mejorar la calidad de atención, incrementar las coberturas de atención en los siguientes ámbitos: control prenatal para asegurar por lo menos cinco controles a las embarazadas, seis controles a los niños en su primer año de vida y la atención institucional al parto.

Los grupos de intervención son las mujeres embarazadas, niños/as menores de 1 año y niños/as menores de 5 años. Se ha generado mecanismos de incentivo y apoyo para las mujeres en situación de pobreza (Quintil 1 y 2) que permita superar las barreras económicas y geográficas para su acceso a los servicios de salud.

El Modelo de Atención en Salud integra las prestaciones en nutrición en los tres niveles de atención del Sistema Nacional de Salud.

- **Atención Integral en salud a personas con problemas crónicos degenerativos**

Las enfermedades crónicas no transmisibles ECNT, han cobrado relevancia en la Agenda Internacional de salud, su tratamiento requiere mayor atención por parte de jefes de Estado y de gobierno, debido a que el aumento de la incidencia y prevalencia de las mismas significa no solamente daño social a las personas, las familias y las comunidades, especialmente en la población pobre, sino que constituye un obstáculo cada vez mayor para el desarrollo humano.

Las ECNT son enfermedades que pueden tener una determinación congénita, hereditaria y muchas veces son autoinmunes, idiopáticas; la mayoría de enfermedades crónicas se deben a factores de riesgo modificables durante todo el ciclo de vida, como la mala alimentación, el sedentarismo, estrés, hábitos como fumar, tomar alcohol entre otros. Sin embargo hay factores de riesgo no modificables como la edad, sexo, etnia, herencia, autoinmunidad que pueden agravar la condición.

La realización de actividades, cumplimiento de objetivos y metas se encuentran en el Plan Nacional para la prevención y control de las ECNT del MSP – Normalización, que son parte de este Modelo de Atención en Salud.

- **Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar - ENIPLA**

La Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y prevención del embarazo adolescentes ENIPLA, considera que el Buen Vivir en el ámbito de la vida sexual y reproductiva significa tener una vida sexual placentera, segura, que la maternidad sea una opción y no una obligación, que cada embarazo sea deseado, que todos los partos sean seguros y que las mujeres no pierdan la vida al dar la vida.

Para las y los adolescentes y jóvenes ecuatorianos, de manera particular la sexualidad es un componente central en sus vidas, un determinante para la construcción de sus

identidades, por lo que la manera cómo es vivenciada y socializada por ellos y ellas es trascendental para el resto de sus vidas.

Actualmente se tiene información parcial sobre las causas del incremento de la fecundidad en adolescentes y es necesario ampliar las investigaciones y los análisis para una comprensión sociocultural de los comportamientos sexuales y reproductivos, los significados y valores, imaginarios y tensiones de la sexualidad, la extensión y frecuencia del abuso y violencia sexual en edades tempranas, las dinámicas del desarrollo socio emocional en el mundo informatizado, la construcción de la identidad a partir de la sexualidad, la salud mental, la comprensión y el ejercicio de los derechos, todo esto partiendo del reconocimiento de que jóvenes y adolescentes están practicando su sexualidad.

También es necesario recalcar que cuando se trata de la población indígena, lo primero que se debe reconocer es que para estos grupos la adolescencia no existe como parte del ciclo de vida, por el contrario de la niñez se pasa a la juventud y con ello se adquiere un rol social diferenciado de los niños y niñas. Esta especie de “invisibilidad” de la adolescencia está asociada al matrimonio en edades muy tempranas según las recomendaciones de la CEDAW.

Desde los servicios de salud, no se han generado suficientes metodologías ni estrategias que permitan responder a las demandas y necesidades de la población joven indígena, reconociendo las especificidades culturales y las problemáticas específicas de estos grupos, lo que implica que las y los jóvenes no acceden a los servicios de salud sexual y reproductiva, salvo en momentos de emergencia por morbilidad y en el caso de las mujeres, cuando hay un embarazo de por medio.

Para promover la toma de decisiones de manera libre e informada sobre aspectos de la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes es necesario hablar de sexualidad, de medidas de prevención y de autocuidado, es necesario hablar de prácticas de riesgo y de acceso a los anticonceptivos; de embarazos no esperados o planeados, de relaciones de pareja, de los derechos que tiene todo adolescente de no recibir coerciones para tener relaciones sexuales, del derecho a manifestar su opinión y del derecho a estar bien informado y a recibir atención profesional en áreas que afecten su sexualidad y su reproducción y también de sus propios derechos para ejercer su sexualidad de manera placentera y segura.

La identidad sustentada a través de la maternidad se encuentra potenciada culturalmente en las mujeres, no así el significado de la identidad paterna en los hombres, lo cual constituye una desventaja para lograr corresponsabilidad en los casos de embarazo en adolescentes. Ni en la adolescencia ni en la edad adulta la paternidad para los hombres se constituye en el imaginario social con el peso de la maternidad para las mujeres.

El Modelo de Atención pone a la usuaria y usuario en el centro de la prestación y de la relación intersectorial, promoviendo un trabajo coordinado entre los Ministerios de Salud Pública, Educación, Inclusión Económica y Social, con apoyo de Gobiernos Autónomos Descentralizados, y la Sociedad Civil organizada.

- Estrategia de Desarrollo Integral Infantil

Es un proceso de cambios continuo por el que atraviesan los niños y niñas desde su concepción a través de la interacción permanente e indisoluble de las tres dimensiones humanas: biológica, psíquica y social.



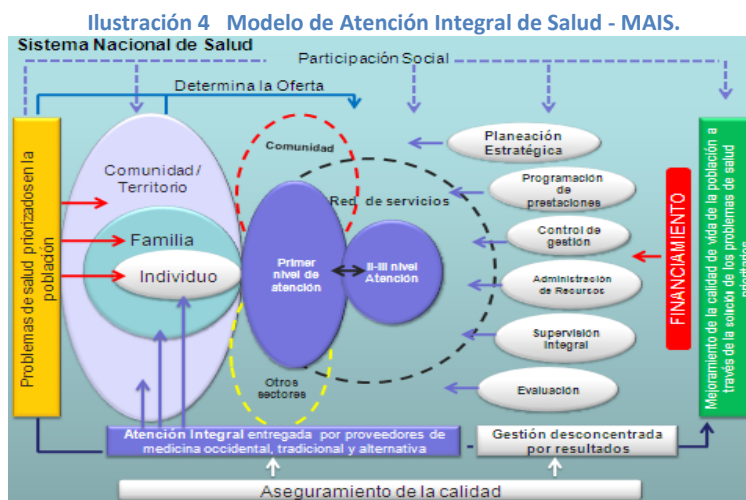
Ilustración 3 Estrategia de Desarrollo Integral Infantil

CAPITULO 4

4. EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL- MAIS-FCI

4.1. Definición

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) es el conjunto de políticas, estrategias, lineamientos y herramientas que al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad, permitiendo la integralidad en los tres niveles de atención en la red de salud.



Elaborado por: Equipo SGS

Por tanto el MAIS-FCI define como van a interactuar los actores de los sectores público y privado, los miembros de la red de servicios de salud y la comunidad para llevar a cabo las acciones conjuntas que permitan dar soluciones integrales a las necesidades o problemas de salud de la comunidad contribuyendo de esta manera a mejorar su calidad de vida

Ilustración 5 Integralidad en el Sistema Nacional de Salud

**La integralidad en el Sistema Nacional de Salud
contempla**

Integralidad a la persona como ser biopsicosocial perteneciente a una familia y a una comunidad, no sólo como el receptor de las acciones diseñadas, ofertadas y brindadas por los servicios de salud de la Red de Salud, sino también como un actor social y sujeto que define sus propias metas en la vida y por tanto toma decisiones respecto a su salud de manera consciente y sistemática. Por consiguiente, la Atención Integral a la Salud de las personas y/o grupos poblacionales son todas las acciones realizadas por el Estado y la Sociedad Civil de manera concertada y negociada tendientes a garantizar que las personas, las familias y los grupos poblacionales permanezcan sanos y en caso de enfermar, recuperen rápidamente su salud evitándoles en lo posible la ocurrencia de discapacidad o muerte.

Integralidad al territorio La organización de la atención en un territorio debe estar dispuesta de tal manera que el ciudadano promueva su salud y/o recupere la misma aunque tenga que pasar por varios niveles de complejidad o resolución de los servicios. Por ejemplo, una mujer embarazada complicada con pre eclampsia, captada en un puesto de salud, es referida hasta una Unidad de Salud de segundo nivel donde se le trata la complicación, se le atiende el parto al recién nacido y se le dan consejos sobre lactancia materna y necesidad de espaciar el próximo embarazo siguiendo las normas y protocolos de atención del MSP del Ecuador.

La integración de las unidades de salud en los tres niveles de atención debe dar como resultado una atención continua a las usuarias (os) por medio de una red con organización y tecnología apropiada, jerarquizada para prestar atención racionalizada a los pacientes, de acuerdo al grado de complejidad médica y tecnológica del problema y su tratamiento.

El desarrollo de la Atención Primaria al fortalecer la atención hospitalaria establece la necesidad de promover la Salud y prevenir enfermedades con acciones integrales dirigidas a las personas, la familia, la comunidad y su entorno, impulsar la educación higiénico sanitaria para producir cambios en los hábitos y actitudes y orientar los servicios de salud para atender las necesidades básicas de la población.

Los hospitales asumen su rol de unidades de referencia asistencial, docente e investigativa, integrándose a la red local de servicios, dirigiendo sus acciones a la población para garantizar su derecho al acceso y cobertura de la atención en los

Integralidad a los programas El Modelo de Atención Integral conlleva a romper el abordaje tradicional y vertical de los programas de salud, reorientando la atención al logro de resultados de impacto social al fortalecer los resultados institucionales, lo que permite la eficiencia y efectividad programática al dirigir los esfuerzos al apoyo para la solución integral de los problemas de salud, esto significa “ asegurar que distintos servicios lleguen al mismo tiempo y se realicen en los territorios donde la población corra más riesgos”.

Para el Modelo de Atención MAIS-FCI se responderá a las necesidades locales, tomando en consideración: el perfil epidemiológico, la situación diferenciada de hombres y mujeres, la estratificación y el enfoque de riesgo, la realidad local de cada zona y distrito por lo que deberán revisar sus objetivos y metas planteadas y ajustar sus normas a los criterios de integración de las acciones a través de los servicios, para lograr lo que se conoce como convergencia de programas.

A partir de la implementación de este nuevo Modelo se obtendrá como resultado la ruptura del concepto vertical de “Programa”, estableciéndose entonces la atención integrada a la población. La Atención Integral requirió por parte del Ministerio de Salud, la revisión de los programas, objetivos y metas planteadas que inciden en el desarrollo de la población, llegándose a la siguiente definición:

- Atención Integral a la población: Es dirigir los esfuerzos con acciones sistemáticas y coordinadas desde la perspectiva de reconocer el enfoque integral, imponiéndose el abordaje de su problemática con un enfoque de interculturalidad, generacional y de género, que persiga la reducción, neutralización o eliminación de los factores (presentes o potenciales) que incrementan el riesgo de enfermar y morir.

Integralidad a las acciones intersectoriales El Sistema Nacional de Salud tiene por objeto mejorar la calidad de vida de la población y no simplemente prestar servicios de asistencia a los enfermos. Los esfuerzos aislados del sector salud no bastan para mejorar la salud de un modo evidente, por lo cual es necesaria la participación de otros actores que pueden influir en el mejoramiento de la salud a veces con más recursos o mayor decisión que el propio sector como el caso del abastecimiento de agua potable o las alternativas nutricionales.

Actualmente el Ministerio de Salud Pública no es la única institución que presta servicios de salud. Otras organizaciones públicas y privadas como las organizaciones no gubernamentales, instituciones religiosas, centros de medicina alternativa y complementaria tienen un rol en la prestación de servicios de salud, con por lo cual se deben establecer coordinaciones de trabajo y discusión de sus planes de salud para hacer coincidir los esfuerzos y recursos.

El Plan Nacional de Salud debe ser preparado y discutido con toda la sociedad civil organizada para lograr juntar los esfuerzos hacia un objetivo común. El personal debe incluir en la programación de su tiempo de trabajo las actividades de coordinación intersectorial, las actividades en las Zonas, los Distritos y Circuitos deberán realizar la coordinación interinstitucional.

En resumen se deben de promover acciones encaminadas a mejorar la calidad de vida, mediante actividades de coordinación intra e intersectorial, tendientes a incrementar el acceso al agua la disposición adecuada de excretas, la vivienda, las oportunidades de trabajo, entre otras priorizando las comunidades urbano marginales, rurales y con mayor vulnerabilidad y riesgo.

Integralidad en la participación de la comunidad El Modelo de Atención Integral MAIS-FCI promueve la participación comunitaria como un medio y un fin para el mejoramiento de las condiciones de vida de la población, lo cual implica que deben superarse los esquemas de participación basados en la simple colaboración de la comunidad en las tareas institucionales.

Este enfoque integrador apunta hacia la creación de espacios de gestión y autogestión, donde los conjuntos sociales y los trabajadores de la salud concierten sobre los procesos de identificación de problemas, el establecimiento de prioridades y la búsqueda de soluciones.

Para ello, se debe establecer de manera sistemática en todos los niveles del sistema la relación servicio de salud-población, mediante:

- La participación de las comunidades en la planificación, ejecución y evaluación de las acciones de salud.
- El apoyo a la conformación y/o fortalecimiento de grupos u organizaciones comunitarias vinculadas con el cuidado de la salud. En esta acción, el Ministerio de Salud Pública desempeña la función de “facilitador” asesorando y promoviendo la organización comunitaria.
- El desarrollo de un proceso educativo, tanto en el nivel comunitario como institucional, que les permita trabajar por la salud desde sus propios conocimientos y experiencias. Para ello se debe capacitar en temas de participación y comunicación social, al mismo tiempo que en promoción, prevención y atención de los problemas de salud.
- El establecimiento de mecanismos de referencia y contra-referencia que incluya como puntos de partida y de llegada a la comunidad. Al respecto se debe trabajar conjuntamente con la comunidad en la conformación de redes que vigilen el flujo de la atención desde la comunidad, pasando por las unidades de salud, hasta su regreso a la localidad de origen.
- La creación y/o fortalecimiento de las redes de vigilancia epidemiológica comunitaria que constituyan elementos operativos indispensables para notificar la atención que se brinda a la población.

Integralidad en la gestión institucional del Ministerio de Salud Pública

El Nivel Central apoyará el desarrollo de las capacidades técnicas de las Zonas, Distritos y circuitos sin crear estructuras paralelas o verticales para cada área de interés, aunque en determinadas circunstancias sean necesarias asesorías especializadas.

La forma y división del trabajo para producir, investigar y normalizar conocimientos no debe tener la misma forma en que estos se entregan a la población. Hay que pasar a una integración de acciones por conjunto de problemas.

Las Zonas, Distritos y Circuitos deben organizar sus servicios en función de las necesidades de la población, según los principales problemas de salud y los recursos con que cuenta, desarrollando acciones integrales de atención orientadas a la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos, para la satisfacción de las usuarias y usuarios en los tres niveles de atención de la red de servicios de salud.

El enfoque integral permite a la Autoridad Sanitaria la organización del Sistema Nacional de Salud, así como los programas de salud y los gastos sociales a partir de la creación de arreglos institucionales que garanticen la integración entre sectores, niveles y actores. La ventaja de este enfoque basado en la estrategia de APS-R radica en: **términos de costo-efectividad y de impactos**. Pues contribuyen a:

- Fortalecer los resultados institucionales (REI) para llegar a resultados de impacto social (RIS)
- Aumentar el impacto de las políticas de reducción de la mortalidad materna, mortalidad neonatal, mortalidad infantil, ligadas con causas de la pobreza y de la desigualdad
- Identificar, organizar, racionalizar y coordinar la oferta de programas y servicios existentes para cada una de las etapas del ciclo de vida (diferentes sectores, niveles y actores)- dentro del SNS a través del Sistema Único de Información en Salud.
- Analizar el costo/beneficio de los programas y prestaciones existentes con relación a su capacidad de facilitar transiciones exitosas entre las fases clave del ciclo de vida de los individuos y familias, al Identificar las brechas de insatisfacción (cobertura regional y tipo de servicio), superposiciones, paralelismos y complementariedades.
- Establecer un proceso de planeación objetiva y gradual de las acciones tendientes a mejorar las situaciones que generen efectos adversos sobre la salud de los grupos poblacionales, las familias y los individuos; a través de la obtención de información precisa y detallada sobre el estado de salud de poblaciones en su territorio.
- Procurar el mejoramiento y mantenimiento del estado de salud de los individuos, las familias y la comunidad, posibilitando el acceso a la prestación de los servicios de salud, especialmente de aquellas que tengan mayor vulnerabilidad, a trabajar en resultados institucionales que lleven a aumentar los resultados de impacto social.
- Producir un efecto sinérgico por ofrecer un conjunto integrado de programas de protección social, desarrollo humano, social y económico a los diversos miembros una unidad familiar
- Mejorar la integralidad de la atención de la población, las familias y los individuos, mediante un cambio de enfoque en el personal de salud con su compromiso por los estilos de vida saludables
- Fortalecer la capacidad resolutoria del primer nivel de atención en salud e impulsar mecanismos de integración funcional con el II y III niveles de mayor complejidad de atención y entre los diferentes actores del sistema nacional de salud.
- Fortalecer un sistema de información unificado que permita la evaluación sistemática de resultados y que pueda ser utilizado para la planeación, ejecución, evaluación y control de acciones, tanto del sector público como del sector privado en salud relacionados con los aspectos sociales de la comunidad.

4.2. Propósito del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural

Orientar el accionar integrado de los actores del Sistema Nacional de Salud hacia la garantía de los derechos en salud y el cumplimiento de las metas del Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir al mejorar las condiciones de vida y salud de la población ecuatoriana a través de la implementación del Modelo Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) bajo los principios de la Estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada, y transformar el enfoque médico biologista, hacia un enfoque integral en salud centrado en el cuidado y recuperación de la salud individual, familiar, comunitaria como un derecho humano.

4.3. Objetivo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural

Integrar y consolidar la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R) en los tres niveles de atención, reorientando los servicios de salud hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, fortalecer el proceso de la recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos para brindar una atención integral, de calidad y de profundo respeto a las personas en su diversidad y su entorno⁴³, con énfasis en la participación organizada de los sujetos sociales.

4.4. Objetivos estratégicos para reforzamiento del Modelo de Atención Integral de Salud

OBJETIVO ESTRATEGICO DEL MAIS	LA EJECUCION DE CADA OJETIVO ESTRATEGICO SE LO COORDINA CON
<p>4.4.1 Reorientar los servicios de salud y fortalecer la vigilancia epidemiológica comunitaria</p> <p>Sustentado en la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R), se reorientan los servicios de salud del enfoque curativo, centrado en la enfermedad y el individuo, hacia un enfoque centrado en la promoción y cuidado integral de la salud, prevención de la enfermedad, en sus dimensiones individual, familiar y colectiva; garantizando una respuesta oportuna, eficaz, efectiva y de continuidad en el proceso de recuperación de la salud, rehabilitación, cuidados paliativos; incorporando la salud mental y los enfoques de interculturalidad, generacional y de género, en los tres niveles de atención.</p>	<p>Subsecretaria Nacional de Vigilancia de la Salud Pública</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica • Dirección Nacional de Vigilancia y Control Sanitario • Dirección Nacional de Estrategias de Salud Colectiva • Dirección General de Salud

⁴³ La Constitución Ecuatoriana desde una visión integral de la salud, establece los principios que deben orientar la estructuración e implementación del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS): igualdad, equidad, calidad; universalidad, progresividad, interculturalidad, solidaridad, suficiencia, bioética, y no discriminación, con enfoque de género y generacional.

<p>El modelo también impulsa el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica comunitaria e incorpora experiencias comunitarias innovadoras y eficaces que contribuyen a integrar activamente a la población con un sentido de corresponsabilidad en la identificación, análisis y acción frente a las principales condiciones de salud de la comunidad y por otro lado a democratizar el acceso a la información.</p>	
<p>4.4.2. Fortalecer la calidad de atención por el Talento Humano</p> <p>En este nuevo enfoque se requiere contar con personal altamente capacitado, motivado y comprometido, que responda a las necesidades del sector público y privado, por lo que se implementará estrategias para el desarrollo y la gestión del talento humano a través de procesos de capacitación continua, la carrera sanitaria y la formación en los servicios. En el primero y segundo nivel se debe incorporar especialistas y generalistas que apoyen a llegar con la atención sanitaria a nivel familiar y sean sujetos generadores de nuevos estilos de vida. En el tercer nivel se debe incorporar profesionales, técnicos, tecnólogos conforme la complejidad de atención lo amerite, que mantengan la estrategia de APS-R.</p> <p>Fortalecido el talento humano se garantiza el cumplimiento de estándares de calidad en la atención y gestión; la aplicación de las normas, protocolos terapéuticos y guías de manejo clínico por ciclos de vida y niveles de atención establecidos por el Ministerio de Salud Pública; implementación de procesos sistemáticos de auditoría, monitoreo, evaluación y rendición de cuentas; así como la implementación de un sistema de control de la garantía de la calidad de los servicios que incorpore la percepción de las y los usuarios.</p>	<p>Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública • Dirección Nacional de Normatización • Dirección Nacional de Normatización del Talento Humano en Salud • Dirección Nacional de Medicamentos e Insumos Estratégicos
<p>4.4.3. Optimizar la prestación de servicios en los tres niveles de atención</p> <p>El Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural, plantea:</p> <p>A. Organizan los servicios del sector público y privado en tres niveles de atención, conforme los estándares establecidos por la Autoridad Sanitaria Nacional⁴⁴, con la articulación de las actividades de los programas del Ministerio de Salud Pública quienes constituyen el instrumento para operacionalizar las políticas de salud a través de la planeación, ejecución y evaluación de acciones de promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos; cuya implementación permite mejorar las condiciones de salud de la población, promover campañas de prevención y garantizar el acceso a los centros de atención.</p> <p>B. Que el <u>primer nivel de atención se constituya en la</u></p>	<p>Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dirección Nacional de Red de Hospitales y Atención Ambulatoria Especializada • Dirección Nacional de Atención del Primer Nivel en Salud • Dirección Nacional de Gestión y Calidad de los Servicios • Dirección Nacional de Discapacidades, Rehabilitación y Cuidado Especial en Salud • Dirección Nacional de Infraestructura Sanitaria, Equipamiento y Mantenimiento

⁴⁴Homologación de los servicios de salud en los tres niveles de atención. Tipología. Acuerdo Ministerial No. 0318 del 18 de marzo del 2011

<p><i>puerta de entrada obligatoria al SNS</i> y que los hospitales, dependiendo de su capacidad resolutive se conviertan en la atención complementaria a este nivel</p> <p>C. Que se <i>fortalezca el sistema de referencia y contra-referencia de los usuarios para garantizar la continuidad en las prestaciones en los tres niveles de atención, organizando a</i> los actores del SNS en red y de esta manera se amplíe la oferta , estructurando redes de atención en salud zonales, distritales y en circuitos conforme a la nueva estructura desconcentrada de gestión del sector social y la articulación requerida en los diferentes niveles de atención.</p> <p>D. Fortalecer la planificación e intervención intersectorial que permite intervenir sobre los determinantes de la salud, mediante una actuación coordinada y potenciadora para el desarrollo integral de los territorios, el mejoramiento de la calidad de vida y de las condiciones de salud de la población. En este sentido la intersectorialidad contribuye a la consecución de indicadores de impacto social</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dirección Nacional de Unidades Móviles de Salud
<p>4.4.4. Organizar el Sistema Único de Información en Salud</p> <p>La implementación del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) se apoya en <i>el Sistema Integrado de Telecomunicaciones</i> y define <i>el Sistema Único de Información en Salud</i> para fortalecer los procesos de atención, gestión y toma de decisiones, así como la asesoría, apoyo diagnóstico en línea y los procesos de educación continua en salud. El SUIIS responde a las políticas, normas y procedimientos para la recolección, procesamiento y análisis de datos e información de salud; así como las metodologías, estándares e indicadores de levantamiento, validación y socialización de información y el desarrollo y actualización del sistema unificado y automatizado de información y gestión interinstitucional.</p> <p>Utiliza estándares o normativas internacionalmente aceptadas como las normas ISO TC 215 y HL7 (informática en salud) y terminologías internacionales para asegurar la interoperabilidad entre las aplicaciones sanitarias electrónicas. Son el conjunto de especificaciones necesarias para el intercambio de la información clínica entre los tres niveles de atención, evitar la pérdida de Información y eliminar la ambigüedad.</p> <p>Acorde al Acuerdo Ministerial NO. 0001190, el Ministerio de Salud, como Autoridad Sanitaria Nacional, tiene la responsabilidad y atribución de determinar la normativa y estándares para el registro de datos clínicos a las entidades del Sistema Nacional de Salud; y ya en septiembre del 2011, aprobó de los estándares a utilizarse en el Sistema Nacional de Salud; y, aprobó la utilización de los estándares Health Level Seven (HL7) la versión 2.6 como mínima base común y dispuso su implementación en todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud, observando la normativa existente del INEN, sin perjuicio del uso de versiones más actualizadas y la implementación de mejoras a los Sistemas de Información de Salud Pública, Clínicos y Biomédicos que el Ministerio de Salud Pública y las instituciones del Sistema Nacional de Salud puedan buscar</p>	<p>Planificación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planificación e Inversión • Información, Seguimiento y Control de Gestión • Gestión de Riesgos <p>Gestión Estratégica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administración de Procesos • Tecnologías de la Información y Comunicaciones • Cambio de Cultura Organizacional <div data-bbox="1003 1356 1195 1432" style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 10px;"> <p>Invitación enviada para su participación al ISO TC 215 en Chicago 2012</p> </div>

<p>con el fin de integrar estos Sistemas de Información. Según el mismo Acuerdo Ministerial las instituciones del Sistema Nacional de Salud tendrán un plazo de dos años para incorporar los estándares HL7 a sus Sistemas de Información de Salud Pública, Clínicos y Biomédicos, con el fin de garantizar la interoperabilidad con el Ministerio de Salud Pública.</p>	
<p>4.4.5. Fomentar la participación plena de la comunidad y de los colectivos organizados</p> <p>El MAIS-FCI impulsará la participación plena de la comunidad y de los colectivos organizados, generando estrategias y mecanismos organizativos y comunicacionales que faciliten el involucramiento de la población en los procesos de información, planificación, implementación y seguimiento de las acciones de salud, evaluación, veeduría y control social. El sentido de la participación es facilitar el ejercicio de derechos y responsabilidades en salud, así como también la integración de los saberes ancestrales para que los individuos, las familias, la comunidad y los grupos organizados se constituyan en sujetos activos de la construcción y cuidado de la salud</p>	<p>Subsecretaría Nacional de Prevención, Promoción de la Salud e Igualdad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dirección Nacional de Educación y Comunicación para la Promoción de la Salud • Dirección Nacional de Prevención y Promoción de la Salud • Dirección Nacional de Interculturalidad, Derecho y Participación Social en Salud <p>Comunicación, Imagen y Prensa</p>

4.5. Principios del Modelo de Atención Integral de Salud-

- **Universalidad progresiva en el acceso y la cobertura:** Implica que los mecanismos de organización, provisión, gestión y financiamiento son adecuados y suficientes para cubrir a toda la población, eliminando las barreras de acceso a la salud.
- **Integralidad:** desde una visión multidimensional y biopsicosocial de la salud individual y colectiva, actuando sobre los riesgos y condiciones que afectan la salud; identificando y potenciando los factores protectores de la salud. Articula acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación, cuidados paliativos de las personas, familias, comunidad y su entorno. Interrelaciona y complementa actividades sectoriales, ciudadanas, y los diversos sistemas médicos (medicina formal / medicinas ancestrales / medicinas alternativas).
- **Puerta de entrada:** Una nueva organización de los servicios que pasen de una estructura jerarquizada en la cual el hospital es el centro del sistema, a una estructura en Red que modifica la forma en que los niveles e instancias de atención se coordinan y se distribuyen sus funciones con la finalidad de acercarse a la población fundamentalmente a quienes más lo necesitan (equidad). El primer nivel de atención es la puerta de entrada al sistema nacional de salud, es decir al II y III nivel.

- **Equidad:** Eliminación de diferencias injustas en el estado de salud; acceso a la atención de la salud y ambientes saludables; trato equitativo en el sistema de salud y en otros servicios sociales. La equidad es un requisito para el desarrollo de las capacidades, las libertades y el ejercicio de los derechos de las personas.
- **Continuidad:** Es el seguimiento al estado de salud de las personas; las familias, el control de los riesgos y factores determinantes para la salud y su entorno; atención de cualquier episodio de enfermedad específica hasta su resolución o su rehabilitación.
- **Participativo:** Generando mecanismos que contribuyan a la participación activa de las personas y los colectivos en la toma de decisiones sobre las prioridades de intervención, la asignación y el uso de los recursos, y en la generación de una cultura de corresponsabilidad y auto cuidado.
- **Desconcentrado:** Transferencia de competencias de una entidad administrativa del nivel nacional a otra jerárquicamente dependiente (nivel zonal, distrital, local), siendo la primera la que mantiene la rectoría y asegura su calidad y buen cumplimiento.
- **Eficiente, eficaz y de calidad:** Optimización y uso racional de los recursos, orientados a la satisfacción de las necesidades de las personas, principalmente de los grupos poblacionales más desprotegidos o en situación de riesgo. La eficiencia del gasto se define como la implementación de mecanismos y procedimientos que garanticen el uso adecuado y un mayor rendimiento de los recursos.
- Que la expresión médico-paciente que reflejaba la relación entre la comunidad y la institución en el anterior modelo, se cambia a la relación **equipo de salud-persona sujeto de derechos o ciudadano**⁴⁵.
- **Que la gestión y atención** busque no solo **resultados institucionales** sino fundamentalmente **resultados de impacto social, para** mejorar la calidad de vida de la población.

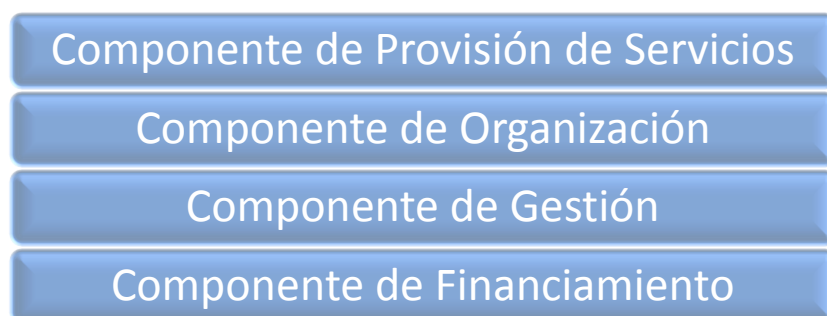
⁴⁵ Género, equidad y reforma de la salud en Chile; Parte IV. Modelo de atención y género: Las condiciones socioculturales de la reforma de la salud en Chile

CAPITULO 5

5. COMPONENTES DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL– MAIS-FCI

Los componentes del MAIS-FCI hacen viable la operación y desarrollo del mismo y son los siguientes:

Ilustración 6 Componentes del MAIS - FCI



Elaborado por: Equipo SGS

La coherencia entre estos componentes y una actuación coordinada y sinérgica de los actores que forman el SNS, en torno a las necesidades de salud de las personas, sus familias y la comunidad permite el logro de los objetivos del Modelo de Atención en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural.

5.1. COMPONENTE DE PROVISION DE SERVICIOS DE SALUD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

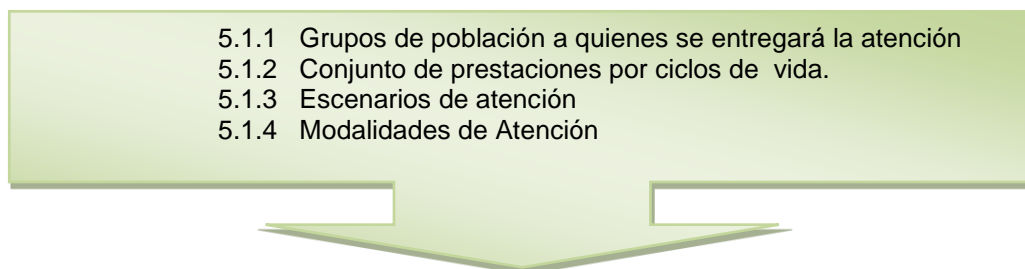
La provisión se relaciona con la oferta de servicios integrales e integrados de salud, garantizando la continuidad en la atención y respondiendo a las necesidades de salud de la población, a nivel individual, familiar y comunitario.

La estructuración de la oferta de servicios públicos y privados se fundamenta en el perfil epidemiológico del país, las necesidades de acuerdo al ciclo de vida, la priorización de condiciones y problemas de salud considerando criterios como la evitabilidad y equidad, así como las necesidades específicas que devienen del análisis de género e intercultural.

La Autoridad Sanitaria Nacional define el conjunto de prestaciones integrales de salud (considerando las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales de la persona, integrando las acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación, cuidados paliativos), así como las prioridades nacionales de intervención, que deben ser implementadas por las unidades y equipos de salud de la red pública y complementaria, bajo los lineamientos, normas y protocolos construidos participativamente bajo el liderazgo de la Autoridad Sanitaria Nacional (ASN).

Considerando la diversidad y heterogeneidad del país a nivel socio territorial, el marco normativo general de prioridades nacionales y prestaciones debe adecuarse a las necesidades de los ámbitos zonal, distrital, y de circuitos. Por otro lado, es importante considerar que la realidad y necesidades de salud también están en constante cambio, por lo que están sujetas a una revisión periódica que permita responder de manera adecuada y oportuna a las necesidades de la población.

Los elementos que constituyen este componente son:



5.1.1. Grupos de población a quienes se entregará la atención:

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

- ciclos de vida individual - familiar
- grupos prioritarios establecidos en la Constitución de la República,
- grupos expuestos a condiciones específicas de riesgo laboral, ambiental y social

✚ Grupos por ciclos de vida

Las atenciones en salud se entrega acorde a las especificidades de cada grupo étnico (enfoque de género y generacional) al que pertenece, garantizando una atención integral durante todo el ciclo vital, de la siguiente forma:

Tabla 1 Ciclos de Vida

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

Elaborado por: Equipo SGS

Grupos de atención prioritaria:

La Constitución Ecuatoriana en el artículo 35 establece las personas y grupos de atención prioritaria: adultos mayores, mujeres embarazadas; niños, niñas y adolescentes; personas con discapacidad; personas privadas de la libertad, personas que adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad; así como las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos, quienes **recibirán atención prioritaria y especializada de los servicios públicos y privados.**

Personas y familias en las que alguno de sus miembros tiene problemas de salud en fase terminal y requieren **cuidados paliativos**, el equipo de salud tiene la responsabilidad de brindar atención permanente, continua, de acuerdo a los protocolos de cuidados paliativos tanto a la persona como a la familia.

El MSP brinda atención a estos grupos a través de estrategias integrales de atención que en el MAIS-FCI se incorporan de manera transversal.

Grupos con riesgos específicos de acuerdo a condiciones sociales, ambientales, laborales

Estos grupos pueden variar de acuerdo al contexto histórico, social y en espacios socio-territoriales concretos, por lo que los equipos de salud tienen la responsabilidad de identificar las condiciones y riesgos, intervenir para el cuidado y atención de su salud, por ejemplo familias en riesgo biológico, psicológico y social identificadas por los equipos de salud en las visitas domiciliarias, trabajadores con riesgos laborales, comunidades que están sujetas a riesgos ambientales.

5.1.2. Conjunto de prestaciones por ciclos de vida:

Para lograr integralidad en la atención y prestaciones de salud es fundamental, el MAIS-FCI reconoce las prestaciones de Promoción, Prevención, Recuperación, Rehabilitación y Cuidados Paliativos, acorde a las necesidades específicas de los grupos poblacionales indicadas para la **aplicación según las normas y protocolos definidos por el Ministerio de Salud Pública. ANEXO 1**

5.1.3. Enfoques de la Atención:

Atención Individual.- Reconociendo el carácter multidimensional de la persona, cuyo desarrollo y necesidades de salud no se relacionan solamente con las condiciones biológicas sino que se enmarcan en un complejo sistema de relaciones biológicas, emocionales, espirituales, sociales, culturales, ambientales que son procesadas a nivel individual generando elementos protectores o de riesgo para su salud y su vida, la atención integral individual se orienta a promover una cultura y una práctica de cuidado y autocuidado de la salud, de atención a las necesidades específicas en cada momento de su ciclo vital, su estilo de vida, garantizando continuidad para la recuperación de la salud en caso de enfermedad, rehabilitación de la funcionalidad y cuidados paliativos cuando ya la condición sea terminal. La atención individual debe basarse en el respeto y el reconocimiento tanto del equipo de salud y de la persona de los derechos y responsabilidades en salud, que debe ser un espacio interactivo y de aprendizaje mutuo.

Atención Familiar.- La familia constituye un espacio privilegiado para el cuidado de la salud o puede constituirse por cualquier tipo de disfuncionalidad en un espacio productor de riesgos y enfermedad para sus miembros. El equipo de salud debe identificar oportunamente problemas y factores de riesgo de cada uno de sus miembros y de la familia en su conjunto, así como factores protectores y brindar una atención integral, promoviendo el autocuidado, brindando apoyo y seguimiento, educando y potenciando prácticas y relaciones saludables. El equipo de salud tiene la responsabilidad de identificar necesidades y articular intervenciones intersectoriales frente a riesgos y problemas que rebasan las posibilidades de intervención desde los servicios de salud.

La Atención Familiar se fortalece con la **Atención de salud mental** en los servicios de salud de los tres niveles de atención que conforman el Sistema Nacional de Salud, para lo cual se debe garantizar la incorporación de la salud mental como una dimensión de la salud que complementa el enfoque biológico. De esta manera se operativizará el objetivo del Modelo de Atención Integral de la salud de la población, dado que gran parte de los problemas de salud que tiene el país, están relacionados con temas de: violencia, intentos de suicidio, embarazos en adolescentes entre otros.

Atención Intercultural.- En los servicios de salud se deben garantizar la complementariedad de los conocimientos, saberes, prácticas de medicinas

ancestrales, complementarias y alternativas de salud, en los diferentes niveles de atención, promoviendo y facilitando la participación social y el ejercicio de derechos.⁴⁶

Atención a la Comunidad.- La comunidad es el escenario inmediato donde se desarrolla la vida de las personas y las familias, donde interactúan y se procesan las condiciones sociales, económicas, ambientales generando potencialidades o riesgos para la salud. Es el espacio privilegiado para la acción de los sujetos sociales en función de la generación de condiciones sociales ambientes saludables.

Atención al ambiente o entorno natural,- la provisión de servicios debe incorporar también estrategias y acciones orientadas al cuidado ambiental como uno de los determinantes más importantes de la salud. El deterioro ambiental, la contaminación, el impacto del cambio climático están ocasionando graves riesgos y problemas de salud en la población que deben ser enfreñados con acciones de prevención, promoción de estilos de vida saludables, educación e información sobre los riesgos ambientales. El cuidado de la salud y el entorno implica intervenciones intersectoriales y con la activa participación de la comunidad.

5.1.4. Modalidades de atención:

El MAIS-FCI organiza la atención integral, para los tres niveles de atención bajo las siguientes modalidades:

- Atención extramural o comunitaria.
- Atención intramural o en un establecimiento de salud.
- Atención Prehospitalaria

Tabla 2 Modalidades de Atención de los Equipos Integrales de Salud en los tres niveles de Atención del SNS

MODALIDADES DE ATENCION DE LOS EQUIPOS INTEGRALES DE SALUD EN LOS TRES NIVELES DE ATENCION DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El equipo integral de salud en las unidades operativas de los tres niveles de atención deberán planificar anualmente las actividades **SEGÚN LAS MODALIDADES DE ATENCIÓN**, además de estimar el volumen de atenciones y la cantidad de insumos y medicamentos que requieran para cumplir las actividades programadas por los equipos de atención integral quienes brindarán su atención bajo las siguientes modalidades caracterizadas por OFRECER según su capacidad resolutive lo siguiente:

ATENCIÓN INTRAMURAL PROPORCIONADA POR LAS UNIDADES DE SALUD DE LOS TRES NIVELES DE ATENCION:

- ✓ Desarrollarán las actividades según su nivel de resolución: de atención de especialidad, morbilidad, preventivas y de promoción de la salud, aplicando el conjunto de prestaciones integrales por ciclo de vida y las Normas de Atención del MSP, las cuales deberán ser planificadas anualmente para estimar el volumen de atenciones y la cantidad de insumos y medicamentos que requieren las unidades de los tres niveles de atención.

⁴⁶ MSP, Estatuto de Organización y Gestión, pag...

- ✓ Se realizará actividades informativas y educativas a usuarios/as
- ✓ Actividades de entrenamiento práctico para los TAPS en el caso de las unidades de primer nivel de atención

ATENCIÓN EXTRAMURAL O COMUNITARIA PROPORCIONADO PRINCIPALMENTE POR LAS UNIDADES OPERATIVAS DE PRIMER NIVEL:

El objetivo es el Cuidado de la Salud a través de medidas que se orienten a la identificación y control de riesgos a nivel individual, familiar, comunitario y del entorno, implementación de estrategias y acciones de prevención, promoción de la salud, educación sanitaria, fortalecimiento de la participación ciudadana y de la coordinación intersectorial para actuar sobre los determinantes de la salud y contribuir al desarrollo integral a nivel local. Se realiza:

A. TRABAJO EN ENTIDADES EDUCATIVAS

Atención en instituciones educativas, centros de cuidado infantil, de acuerdo a la normativa del MSP

Implementación de estrategias y actividades de promoción de la salud planificadas en función del perfil epidemiológico y las prioridades identificadas a nivel local así como la implementación de las estrategias nacionales (Nutrición Acción, Problemas de Salud priorizados de acuerdo al modelo de evitabilidad, promoción de estilos de vida saludables y prevención de problemas crónico-degenerativos, Estrategia Nacional de Planificación Familiar (ENIPLA), diagnóstico temprano de deficiencias sensoriales, salud mental, atención a personas con discapacidad, Estrategia de atención integral a menores de 5 años entre otras etc.).

- Implementación de estrategias y acciones de promoción de la salud enfocadas en la promoción de estilos de vida saludables a nivel individual y colectivo, la generación de espacios saludables, difusión de derechos y responsabilidades en salud, participación en los procesos de desarrollo integral del territorio

Campañas de promoción de la salud, pueden ser:⁴⁷

- ✓ Campañas informativas y educativas adaptándolas a la realidad local y dinamizando los recursos de la comunidad (fechas simbólicas para la comunidad, medios formales y alternativos de comunicación local, etc.)
- ✓ Jornadas de promoción de estilos de vida saludables de acuerdo a las necesidades identificadas a nivel territorial: promoción de la actividad física, nutrición, derechos, buen trato.
- ✓ Colonias vacacionales de promoción del buen trato en niños, niñas y adolescentes, adultos mayores. En la planificación intervienen los grupos a quienes va dirigida la actividad, además se gestiona el apoyo para materiales y logística con instituciones públicas, privadas; así como organizaciones formales e informales.
- ✓ Encuentros de culturas juveniles y urbanas. En los cuales se deben considerar las dinámicas internas de cada grupo, organización o movimiento social.
- ✓ Colegios garantes de Derechos. Proyecto en el cual se integran todos los actores de la comunidad educativa y otras instituciones del sector público, como Ministerio de Inclusión social, Salud. Enfocado en la exigencia y restitución de derechos de los y las adolescentes.
- ✓ Clubes de apoyo de pares y autocuidado en personas con enfermedades crónicas. En los cuales se deben incluir consideraciones de tipo cultural, funcional, psicológicas para la conformación y acceso a estos clubes.
- ✓ Ferias de la salud y el Buen Vivir: en coordinación con los actores institucionales y comunitarios en las que se implementan actividades de atención, prevención y fundamentalmente de promoción de la salud.

⁴⁷ Existe todo un Conjunto Priorizado de Intervenciones de Promoción de la Salud, en el Proceso de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud Pública. Las experiencias mencionadas en el documento provienen de iniciativas de las áreas de salud.

- ✓ Festivales de integración generacional. De igual manera intervienen instituciones y sectores presentes en la comunidad.
- ✓ Coordinación y participación en actividades de desarrollo comunitario y generación de ambientes saludables.

B. TRABAJO EN COMUNIDAD, CENTROS CARCELARIOS, FABRICAS, EMPRESAS

Atención en instituciones y centros laborales de acuerdo a la normativa del MSP

Actividades de organización comunitaria involucrando a los actores sociales de la zona de cobertura para identificar, planificar y trabajar sobre los problemas y necesidades prioritarios de la población.

- Elaboración del diagnóstico situacional, mapeo de actores, planificación participativa, planes operativos y suscripción de compromisos de gestión.
- Formación y fortalecimiento de las organizaciones locales de salud (comités locales de salud, comités de usuarios/as, grupos de autoayuda, entre otros)
- Coordinar la identificación y formación de los TAPS
- Participación en actividades intersectoriales de desarrollo comunitario
- Realizar identificación de eventos centinelas para la aplicación de medidas epidemiológicas oportunas con la participación de la comunidad implementando las herramientas de la Epidemiología Comunitaria (asambleas comunitarias para la identificación y priorización de eventos centinela, recolección y análisis de historias de vida, mapas de riesgo, planes de intervención, seguimiento y monitoreo).

Brigadas de atención en las comunidades alejadas, de difícil acceso y que no cuentan con servicios de salud cercanos así como, a grupos de población cautiva (instituciones educativas y de cuidado infantil) a quienes entregaran las prestaciones definidas por el Ministerio de Salud Pública para unidades del primer nivel, mediante:

- ✓ Brigadas de salud integrales: El Equipo de Atención Integral de Salud se movilizará de acuerdo a una programación, a poblaciones de difícil acceso, llevando insumos, medicamentos, vacunas, equipamiento móvil entre otros. Realizará actividades de atención integral (curativa, prevención, promoción de la salud, educativas, salud mental), identificación y seguimiento de familias en riesgo. La dirección de distrito realizará en coordinación con el equipo de la unidad operativa la gestión para el apoyo logístico; además el equipo de salud coordinará con la comunidad la intervención.
- ✓ Brigadas de atención de especialidad: de acuerdo a las necesidades identificadas en el territorio se realizará brigadas de atención con especialistas en coordinación con la dirección distrital.

C. TRABAJO EN DOMICILIO

Atención Domiciliaria. Cuidados médicos y /o de enfermería a personas que por enfermedad, discapacidad, emergencia o estado terminal de alguna enfermedad requieran de atención y no puedan movilizarse a la unidad. Además el equipo integral de salud estará obligado a realizar seguimiento y evaluación de estas personas.

Identificación oportuna de riesgos y/o daños en individuos, familias, comunidad y el entorno e implementación de planes de atención:

- Visitas domiciliarias para diagnóstico y seguimiento de familias en riesgo a través de la aplicación de la ficha familiar y elaboración del plan de intervención. Estas acciones se desarrollaran con visitas domiciliarias programadas, no es necesario que todo el personal de los equipos salga a realizar esta actividad.
- Detección precoz y atención integral de problemas de salud: mental, biológicos, deficiencias y discapacidades como físico motora, intelectual, auditiva, visual; y sociales en los grupos prioritarios⁴⁸, elaboración, implementación, registro y evaluación de las intervenciones.
- Identificación, atención y apoyo de cuidados paliativos a personas con enfermedades en fase terminal y a la familia.

⁴⁸ Grupos de atención prioritaria definidos por la Constitución del Ecuador 2008. Capítulo Tercero que son: adultas y adultos mayores; jóvenes; niños, niñas y adolescentes; mujeres embarazadas; personas con discapacidad; personas en situación de movilidad humana; con enfermedades catastróficas; enfermedades crónicas; privadas de la libertad; personas usuarias y consumidoras.

- Evaluación dinámica, organizada y continua del estado de salud de las personas en su entorno familiar y/o social, con el propósito de influir en su mejora mediante la planificación y el desarrollo de acciones que contribuyan a ello.
- Identificación de riesgos ambientales y grupos laborales en riesgo, elaboración y ejecución, registro y evaluación de planes de intervención con intervención intersectorial

PLANIFICACION DE ACTIVIDADES INTRAMURALES Y EXTRAMURALES PARA EL SEGUIMIENTO INDIVIDUAL Y FAMILIAR SEGÚN CRITERIOS DE DISPENSARIZACION UTILIZADOS EN LA FICHA FAMILIAR

GRUPO DE CLASIFICACIÓN INDIVIDUAL SEGÚN CRITERIO DE DISPENSARIZACION	DEFINICIÓN DEL GRUPO	Actividades Intramurales	SEGUIMIENTO CON LA FICHA FAMILIAR Actividades Extramurales
GRUPO I: Aparentemente Sano	Personas que no manifiestan ninguna condición patológica o de riesgo individual y no se constatan, mediante el interrogatorio o la exploración, alteraciones que modifiquen ese criterio.	<p>El número de consultas de control sano que se realizara en el año estará bajo los estándares del MSP por ciclos de vida:</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Promoción y Prevención ✓ Registro: Historia Clínica individual ✓ Coordinar visitas domiciliarias y llenado de la ficha familiar en caso de ser necesario <p>Incluye un interrogatorio y un examen físico minuciosos, incluso la indicación de exámenes complementarios (si así se considera), en busca de características de riesgo o daño. Al mismo tiempo este encuentro debe aprovecharse para orientar o reforzar hábitos y conductas que favorezcan un estilo de vida saludable.</p>	<p>1 visita de seguimiento al año a las familias que tengan todos sus integrantes en este grupo I aparentemente sano :</p> <p>Actividades que deberán ser detalladas en la ficha familiar son de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Promoción ✓ Prevención <p>Utilizar las actividades a ejecutarse por el equipo integral de salud detallada en el anexo 1 del Manual del MAIS 2012.</p> <p>Se coordinara con la unidad operativa responsable la entrega de turnos para facilitar el acceso al servicio de salud en casos especiales.</p>

**MODELO DE ATENCION INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE
SALUD
FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL
MAIS-FCI**

		Coordinar visitas domiciliarias en caso de ser necesario	
GRUPO II: Con factores de riesgo	<p>Personas en las que se comprueba o refieren padecer de alguna condición anormal que representa un riesgo potencial para su salud a mediano o a largo plazo tanto biológicos, psicológicos y sociales como:</p> <p>Hábitos tóxicos como el tabaquismo, el sedentarismo, el consumo anormal de bebidas alcohólicas, el uso inadecuado de medicamentos o drogas de abuso, riesgos sociales de adquirir enfermedades de transmisión sexual por conducta inadecuada, el intento suicida, el riesgo preconcepcional, así como también los riesgos en el medio escolar o laboral, entre otros.</p>	<p>El número de consultas de seguimiento y subsecuentes que se realizara será bajo los estándares del MSP por ciclos de vida:</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Promoción y Prevención ✓ Registro: Historia clínica individual ✓ Coordinar visitas domiciliarias y llenado de la ficha familiar en caso de ser necesario <p>La evaluación se realizara según el tipo y la magnitud del riesgo presente, y la confluencia o no de múltiples factores que puedan constituir una amenaza para su salud.</p> <p>En modo alguno deben aplicarse esquemas de seguimiento preestablecidos que desconozcan esta condición, en este sentido se recomienda seguir una estrategia basada en el enfoque de riesgo y partiendo de la mejor evidencia científica disponible.</p> <p>Para ello, se debe contemplar la estratificación del grupo, en personas con riesgo alto o bajo de acuerdo con la evaluación integral realizada para planificar un seguimiento tanto en consultorio como de visita domiciliaria si ameritara..</p>	<p>2 visita de seguimiento al año se recomienda a las familias que tengan integrantes en este grupo II con factores de riesgo:</p> <p>Actividades que deberán ser detalladas en la ficha familiar son de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Promoción ✓ Prevención ✓ Curación ✓ rehabilitación <p>Utilizar las actividades a ejecutarse por el equipo integral de salud detallada en el anexo 1 del Manual del MAIS 2012</p> <p>Se coordinara con la unidad operativa responsable la entrega de turnos para facilitar el acceso al servicio de salud en casos especiales.</p>
GRUPO III: Con patologías crónicas	<p>Esta categoría incluye a todo individuo portador de una condición patológica, así como trastornos orgánicos o psicológicos que afecten su capacidad para desempeñarse normalmente en su</p>	<p>El número de consultas de seguimiento y subsecuentes que se realizara será bajo los estándares del MSP por ciclos de vida:</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Promoción, Prevención, ✓ Curación y Rehabilitación. ✓ Registro: Historia Clínica individual ✓ Coordinar visitas 	<p>3 vistas de seguimiento al año se recomienda a las familias que tengan integrantes en este grupo III con patologías crónicas.</p> <p>Actividades que deberán ser detalladas en la ficha familiar son de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Promoción ✓ Prevención ✓ Curación

**MODELO DE ATENCION INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE
SALUD
FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL
MAIS-FCI**

	<p>vida.</p> <p>En este grupo se incluye cualquier entidad <u>nosológica de evolución crónica, infecciosa o no infecciosa.</u></p> <p>Podemos citar:</p> <p>HTA, la cardiopatía isquémica, la diabetes mellitus, el asma bronquial, la epilepsia, las nefropatías crónicas y muchas otras.</p>	<p>domiciliarias y llenado de la ficha familiar en caso de ser necesario, a partir de criterios de magnitud y severidad, número de problemas confluentes en un mismo paciente, el tiempo de evolución del problema, etcétera.</p>	<p>✓ rehabilitación</p> <p>Utilizar las actividades a ejecutarse por el equipo integral de salud detallada en el anexo 1 del Manual del MAIS 2012</p> <p>Se coordinara con la unidad operativa responsable la entrega de turnos para facilitar el acceso al servicio de salud en casos especiales.</p>
<p>GRUPO IV: Con secuelas o discapacidad</p>	<p>Se trata de personas que padecen alguna condición que implica una alteración temporal o definitiva de sus capacidades motoras, funcionales, sensoriales o síquicas.</p> <p>Es un proceso dinámico influido por múltiples variables que se pueden presentar en un sujeto como consecuencia de una enfermedad o factor externo de naturaleza diversa.</p> <p>En este grupo obviamente se incluyen sujetos que padecen enfermedades crónicas o agudas en las que se presentan condiciones que provocan un grado de limitación mayor en el paciente (complicaciones y</p>	<p>El número de consultas de seguimiento y subsecuentes que se realizara será bajo los estándares del MSP por ciclos de vida:</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Promoción, Prevención, Curación y Rehabilitación. ✓ Registro: Historia clínica individual ✓ Coordinar las atenciones en consultorio y las visitas domiciliarias con el llenado de la ficha familiar en caso de ser necesario considerar también múltiples factores en el momento de establecer la frecuencia de evaluaciones. Obviamente, el seguimiento no será el mismo en una persona que padece una limitación motora por un trauma desde pequeño y que no ha visto afectado su desempeño profesional ni social, que en un sujeto con una discapacidad reciente e invalidante y que, independientemente de su edad, se percibe una afectación irreversible en su desempeño ante la familia y la sociedad. En general se 	<p>4 visitas de seguimiento al año se recomienda a las familias que tengan integrantes en este grupo IV con secuela o discapacidad.</p> <p>Actividades que deberán ser detalladas en la ficha familiar son de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Promoción ✓ Prevención ✓ Curación ✓ rehabilitación <p>Utilizar las actividades a ejecutarse por el equipo integral de salud detallada en el anexo 1 del Manual del MAIS 2012</p> <p>Se coordinara con la unidad operativa responsable la entrega de turnos para facilitar el acceso al servicio de salud en casos especiales.</p>

	<p>secuelas que determinan un estado de incapacidad variable).</p> <p>Se incluyen las personas con discapacidades: ffsico motoras, intelectuales, auditivas, visuales, viscerales, psíquicas, mixtas.</p>	<p>sugiere, que por lo complejo de este estado de discapacidad, secuela o invalidez en los individuos, la frecuencia de las consultas de evaluación y la propia intervención, se realice en estrecha coordinación con el especialista en rehabilitación.</p>	
--	---	--	--

Tabla 3 Visita Domiciliaria

VISITA DOMICILIARIA
DEFINICION:
<p>Es el encuentro o acercamiento del equipo de salud al domicilio del usuario, familia y/o Comunidad; suele responder a una necesidad identificada por un miembro del Equipo de Salud, que tras la valoración del usuario, decide un plan de intervención a seguir en el domicilio y la periodicidad de los mismos, sobre aspectos de salud y detección de problemas que rodean a la familia: biológico, psicológico, social y ambiental, dando opción al descubrimiento de factores de riesgo y a la corrección de los mismos.</p>
FINALIDAD:
<p>Con esta nueva visión que encierra en un todo, lo biológico y psicosocial, lo sanitario y lo social, en un escenario y con una estrategia de intervención específicos, el hogar y la atención domiciliaria; el equipo básico de salud deberá asumir el reto de una atención integral, individual y familiar. Para poder afrontar con éxito este nuevo abordaje, es necesario aprender nuevos conceptos y sobre todo capacitarse para utilizar otros instrumentos, de forma que un mismo profesional pueda atender los aspectos biomédicos y psicosociales y coordinar los recursos sanitarios y sociales</p> <p>Consideramos que los profesionales de los Equipos Integrales de Salud, implicados en un programa de atención domiciliaria y atención familiar, deben prepararse para realizar las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnosticar los riesgos para la salud. • Planificar actividades terapéuticas, los cuidados y la rehabilitación. • Transferir lo clínico a lo psicosocial. • Estudiar los riesgos en el contexto familiar, analizando las repercusiones sobre la familia, evaluando de forma especial las repercusiones sobre la organización y función familiar. • Evaluar los apoyos informales y la necesidad de utilizar los recursos formales de la comunidad. • Realizar el diagnóstico, decidir la intervención y planificar el seguimiento del proceso clínico-familiar y de las visitas domiciliarias programadas. • Realizar una evaluación dinámica, organizada y continua del estado de salud de las personas en una comunidad determinada, y supone su registro, diagnóstico, intervención y seguimiento con el propósito

de influir en la mejoría de su estado de salud, mediante la planificación y desarrollo de intervenciones que contribuyan a ello

- Evaluar con un examen integral de cada persona independiente de su estado de salud con un abordaje al individuo biológica, psicológica y socialmente, lo que posibilita clasificarlo en diferentes categorías: aparentemente sano, con factores de riesgo, con patologías crónicas, y con deficiencias/discapacidades.
- Intervenir con medidas al individuo para promover salud, evitar daños, tratando de modificar positivamente o eliminar cualquier condición que pueda favorecer la enfermedad. A su vez completa la aplicación de procedimientos y acciones educativas o terapéuticas en las cuales estar o no presente la prescripción de medicamentos.
- Seguimiento, como un proceso continuo, donde se producen ajustes sistemáticos de la atención y las intervenciones, en dependencia de las variaciones en el estado de salud/enfermedad individual y la respuesta a las medidas previamente aplicadas.

Especial mención merece la detección, estudio y abordaje de las familias de riesgo, ya que requerirán estrategias globales de coordinación a nivel interprofesional e interinstitucional y trabajar con enfoque de riesgo para establecer una adecuada intervención sociosanitaria, así como, para desarrollar políticas de transformación social, que prevenga y detenga estos riesgos.

Es importante señalar que las familias de riesgo socio-sanitario son aquellas, en la que por el tipo de problema de salud, y de forma especial por la presencia de problemas en la función y organización de la familia o por la existencia de problemas socioeconómicos, requiere una intervención sanitaria, socio-sanitaria o social de emergencia. El descubrimiento de una familia de riesgo socio-sanitario, obligará a una reunión urgente del equipo de salud, para evaluar el caso y decidir la intervención pertinente.

Es por esto, que la visita domiciliaria, que es una actividad propia de la atención primaria, adquiere un enfoque nuevo cuando se utilizan los conceptos y técnicas de la atención familiar, y esto permite mejorar la calidad de la asistencia miembros de la familia.

La visita domiciliaria es la actividad básica del modelo de atención integral - MAIS. Por medio de ella se realiza un intercambio de información entre la familia y el equipo de salud del primer nivel. En esta actividad se tiene la oportunidad de conocer la situación familiar, el ambiente familiar, el ambiente físico y sus recursos. Para tal efecto se utiliza como instrumento la Ficha Familiar, el cual debe ser llenado conforme la información obtenida de la familia.

Estas acciones contribuyen a mejorar el estado de salud individual, familiar consecuentemente el de la población. En este proceso se identifican los riesgos y daños a la salud de cada persona, mediante procedimientos básicos de observación, exploración física e instrumental, interpretación y análisis de los resultados. Al mismo tiempo favorece la planificación de las acciones y los recursos para la atención a las necesidades del individuo, e influye en su educación, capacidad de autoevaluación y cuidado de su estado de salud o enfermedad.

El equipo de salud, realizará la distribución del sector de acuerdo a su criterio y el personal disponible.

Las principales actividades que se puede tomar en cuenta para programar son:

- Grupo Materno Infantil (adolescentes)
- Enfermedades de impacto como: las enfermedades transmisibles (TB, ETS, IRA, EDA, VIH/SIDA entre otras), las enfermedades crónicas degenerativas no transmisibles (HTA, Asma bronquial, Diabetes Mellitus, artritis reumatoide, Cardiopatía isquémica entre otras) y las enfermedades de notificación inmediata y obligatoria.
- Adultos en riesgo
- Adulto Mayor
- Personas con discapacidad.
- Personas que tengan dificultad para ir a una unidad de salud.

- Saneamiento Ambiental
- Promoción de la Salud
- Educación Continua y Educación para la Salud
- Desarrollo Comunitario

Clasificación Individual

Aparentemente sano: Personas que no manifiestan ninguna condición patológica o de riesgo individual y no se constatan, mediante el interrogatorio o la exploración alteraciones que modifiquen ese criterio.

Con Riesgo: Personas en las que se comprueba o refieren padecer de alguna condición anormal que representa un riesgo potencial para su salud a mediano o a largo plazo. En este caso se refiere a hábitos tóxicos como el tabaquismo, el sedentarismo, el consumo anormal de bebidas alcohólicas, el uso inadecuado de medicamentos o drogas de abuso, los riesgos sociales de adquirir enfermedades de transmisión sexual por conducta inadecuada, el intento suicida, el riesgo preconcepcional, así como también los riesgos en el medio escolar o laboral, entre otros.

Con Patologías: Todo individuo portador de una condición patológica, así como trastornos orgánicos o psicológicos que afecten su capacidad para desempeñarse normalmente en su vida. En este grupo se incluye cualquier entidad nosológica de evolución crónica, infecciosa o no. Entre las enfermedades de mayor importancia sobresalen las enfermedades no transmisibles de larga evolución como la HTA, DM, Cardiopatía isquémica, obesidad, epilepsia, y muchas otras.

Con deficiencia, discapacidad o secuela: alguna alteración temporal o definitiva de sus capacidades motoras, funcionales, sensoriales o psíquicas. Es un proceso dinámico influido por múltiples variables que se pueden presentar en un sujeto como consecuencia de una enfermedad o factor externo de naturaleza diversa.

La discapacidad es un fenómeno de incidencia cada vez mayor y de alta vulnerabilidad en la población general y se vislumbra como uno de los principales problemas del futuro al cual se le ha estado dando cada vez mayor atención. Se recomienda tener en cuenta los criterios actuales de la OMS para la clasificación internacional de discapacidades, que establece 3 categorías: deficiencia, discapacidad y minusvalía.⁶ La deficiencia es toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Se caracteriza por pérdidas o anomalías que pueden ser corporales, temporales o permanentes, entre las que se incluye la existencia o aparición de una anomalía, defecto o pérdida producida en un miembro, órgano, tejido u otra estructura del cuerpo, incluidos los sistemas propios de la función mental. La deficiencia representa la exteriorización de un estado patológico y, en principio, refleja perturbaciones al nivel de órgano o estructura corporal.

La discapacidad es toda restricción o ausencia (debido a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. Se caracteriza por exceso o insuficiencias en el desempeño y comportamiento de una actividad rutinaria normal, los cuales pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles y progresivos o regresivos. La discapacidad concierne aquellas habilidades, en forma de actividades y comportamientos compuestos, que son aceptados por lo general como elementos esenciales de la vida cotidiana.

Finalmente la minusvalía es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de la edad, sexo y factores sociales y culturales). La minusvalía está en relación con el valor atribuido a la situación o experiencia de un individuo cuando se aparta de la norma. Se caracteriza por la discordancia entre el rendimiento o status del individuo, y las expectativas del individuo mismo o del grupo concreto al que pertenece. La minusvalía representa, pues, la socialización de una deficiencia o discapacidad, y como tal refleja las consecuencias -culturales, sociales, económicas y ambientales- que para el individuo se derivan de la presencia de la deficiencia o discapacidad.

Esta clasificación tiene los siguientes principios:

1. **Profiláctico:** Constituye un principio cardinal, porque favorece la planificación de acciones de promoción de salud, de prevención primaria, secundaria o terciaria.
2. **Dinámico:** Rasgo esencial que está determinado por la permanente susceptibilidad de cambio de enfoque de atención a los sujetos clasificados de acuerdo con la variabilidad en su estado de salud y la necesidad de ajustes en las medidas terapéuticas y de atención general.
3. **Continuo:** Por la necesidad de su aplicación de forma ininterrumpida desde que se evalúa y registra al individuo.
4. **Individualizado:** Porque se establece una estrategia de atención en cada individuo según sus características personales y el problema de salud, riesgo o daño que presente. La frecuencia de evaluaciones puede variar de una persona a otra e incluso dentro de un mismo sujeto, en dependencia del tipo de problema que se presente y su evolución en el tiempo.
5. **Integral:** Es también un principio básico que implica el abordaje del individuo atendiendo a sus características biológicas, psicológicas y sociales, su interacción con la familia, otros individuos y su comunidad, así como en su medio laboral o escolar.
6. **Universal:** Por el alcance global que implica abarcar la totalidad de la población atendida por el Equipo de Atención Integral de Salud, desde los recién nacidos hasta los ancianos, sin descuidar su relación con el entorno.
7. **Atención en equipo:** Se refiere a la atención que brinda el Equipo de Atención Integral de Salud: Médico y Enfermera de Familia, TAPS, en estrecha relación con los especialistas del nivel secundario y terciario.

Seguimiento:

La evaluación de los sujetos pertenecientes al grupo I, en consulta o terreno, incluye un interrogatorio y un examen físico minuciosos, incluso la indicación de exámenes complementarios (si así se considera), en busca de características de riesgo o daño. Al mismo tiempo este encuentro debe aprovecharse para orientar o reforzar hábitos y conductas que favorezcan un estilo de vida saludable.

Las personas con riesgo de enfermar (grupo II) deben ser evaluadas según el tipo y la magnitud del riesgo presente, y la confluencia o no de múltiples factores que puedan constituir una amenaza para su salud. En modo alguno deben aplicarse esquemas de seguimiento preestablecidos que desconozcan esta condición.

En ese sentido se recomienda seguir una estrategia basada en el enfoque de riesgo y partiendo de la mejor evidencia científica disponible. Para ello, se debe contemplar la estratificación del grupo, en personas con riesgo alto o bajo de acuerdo con la evaluación integral realizada. Por ejemplo, no serán iguales la frecuencia de evaluación, ni las medidas de intervención las que deberán proyectarse ante un sujeto de 40 años, obeso, sedentario y fumador de más de 20 cigarrillos diarios, que ante una persona de 28 años, fumador ocasional y que realiza ejercicios físicos regularmente, aunque los 2 estén clasificados en el mismo grupo.

Los sujetos clasificados en el grupo III, pueden estar sometidos a mayores variaciones en las estrategias y la frecuencia de evaluación y seguimiento, teniendo en cuenta la amplia variedad de posibilidades o situaciones que pueden presentarse a partir de criterios de magnitud y severidad, número de problemas confluentes en un mismo paciente, el tiempo de evolución del problema, etcétera.

En los pacientes del grupo IV, será necesario considerar también múltiples factores en el momento de establecer la frecuencia de evaluaciones. Obviamente, el seguimiento no será el mismo en una persona que padece una limitación motora por un trauma desde pequeño y que no ha visto afectado su desempeño profesional ni social, que en un sujeto con una discapacidad reciente e invalidante y que, independientemente de su edad, se percibe una afectación irreversible en su desempeño ante la familia y la sociedad. En general se sugiere, que por lo complejo de este estado de discapacidad, secuela o invalidez en los individuos, la frecuencia de las consultas de evaluación y la propia intervención, se realice en estrecha coordinación con el especialista en rehabilitación.

Criterios para la priorización de la visita domiciliaria:

Los criterios de selección para la priorización de la visita domiciliaria, deben establecerse con base a los criterios de adscripción de la familia al MAIS FCI.

Criterio socioeconómico: se le confiere prioridad a los grupos familiares clasificados dentro de los estratos de mayor pobreza y pobreza extrema (quintiles 1 y 2).

Criterio epidemiológico: se clasifica a la familia con base a los riesgos de salud, considerando aspectos del ciclo de vida familiar, factores endémicos y epidémicos de las enfermedades infectocontagiosas, factores de discapacidad e invalidez, enfermedades ocupacionales, necesidades de atención del enfermo terminal y seguimiento en el hogar de pacientes que no requieren hospitalización.

Criterio demográfico: se considera a los distintos grupos poblacionales. Los menores de 5 años son los más vulnerables, y entre este grupo, los menores de 1 año, siendo aún más susceptibles a enfermar los menores de 1 mes. Los adultos mayores en situación de dependencia, sola o abandonada.

Criterio administrativo: está relacionado con los recursos disponibles (técnicos, humanos, materiales y financieros), que redundan en todo caso, con el aumento de la cobertura según la demanda real del servicio de salud, con base a las necesidades y riesgos del grupo familiar.

Criterios de selección de las familias:

En este sentido, el criterio epidemiológico es el que prevalece por encima de los restantes para la selección de la familia para la visita domiciliaria.

Criterio epidemiológico: para la visita domiciliaria se considera la magnitud del daño en cuanto a la morbilidad, mortalidad y discapacidad o invalidez; el riesgo de exposición del individuo; la vulnerabilidad y el grado de dependencia o capacidad para enfrentar o resolver las necesidades de salud.

Criterio socioeconómico: se considera igualmente, los estratos socioeconómicos

Criterio demográfico: está relacionado con la estabilidad del domicilio de las familias, es decir, aquellas que hayan permanecido entre tres y cinco años en un mismo sector. Aquí se consideran la distribución de la familia en un área determinada, la accesibilidad geográfica, el desplazamiento y la distancia que media entre la vivienda y el servicio de salud, además de la estructura etárea y la razón de masculinidad entre otros.

Criterio administrativo: tomo en cuenta la disponibilidad de recursos con que cuentan las visitas domiciliarias: personal, transporte, recursos de la comunidad y los propios del hogar, además de los servicios de apoyo a la visita.

Según la OMS (1981), existen algunos criterios mínimos acerca de las situaciones que requieren de forma prioritaria atención domiciliaria, con el objeto de proporcionar información, educación y apoyo al individuo (sano o enfermo) y a su familia. Entre éstos criterios se encuentran:

1. Familias con adultos mayores de 80 años.
2. Personas que viven solas o sin familias.
3. Personas que no pueden desplazarse al centro de salud.
4. Familias con enfermos graves o con discapacidad.
5. Personas con alta hospitalaria reciente.
6. Personas con medicación vital.
7. Personas con riesgo biológico que no acuden a consulta subsecuentemente

Igualmente la OMS, establece algunos objetivos claves con base a éstos criterios, que el Modelo de

Atención Integral debe cumplir, entre ellos está:

1. La proporción de la atención a la población que no pueda desplazarse al centro de salud.
2. La proporción de la información, educación y apoyo al enfermo y su familia.
3. Facilitar la prevención primaria, secundaria y terciaria.
4. Evitar ingresos innecesarios.
5. Unificar la calidad de atención de todos los profesionales implicados: protocolos de actuación, sesiones clínicas control del dolor, prevención de úlceras, etc.
6. Promover la coordinación entre la oferta de servicios sanitarios y sociales.

Así mismo, para garantizar el desarrollo de la visita domiciliaria, se requiere de:

1. La participación de todos los miembros del equipo de salud.
2. La valoración integral del individuo y su familia.
3. La coordinación con los demás recursos sanitarios y sociales.
4. La participación comunitaria, desde la propia familia hasta las diversas asociaciones que existan.

Las actividades que se lleven a cabo van a depender del grado de dependencia del enfermo, de la patología que presente, de las características de la familia que le cuida y de los recursos con que ésta cuenta.

Etapas para la visita domiciliaria:

1. Preparación de la visita: antes de acudir al domicilio, se debe concertar el día y la hora en que se va a realizar la visita con la familia, para hacer un mejor uso del tiempo, tanto de los profesionales como de la familia, y evitar situaciones inoportunas. De ser necesario, debe consultarse la historia clínica familiar. Por otra parte, es fundamental el equipo de trabajo (maletín de visita domiciliaria), con todos los implementos de trabajo.
2. Presentación en el domicilio: la presentación a la familia es fundamental, así como decir de qué institución proviene, sobre todo cuando la visita es por primera vez. En este sentido, la percepción inicial que tenga la familia de dicho profesional puede condicionar las opiniones y las relaciones que se establezcan en el futuro.
3. Valoración: es muy difícil realizar una valoración completa a los miembros y al grupo familiar en la primera visita, pero ésta se podrá complementar en las visitas sucesivas, y dan la oportunidad, además, de afianzar las relaciones con la familia. El personal de salud debe respetar las negativas de los miembros de la familia, si se producen, o responder determinadas preguntas o dudas, si llegan a surgir. Se debe tener presente que la atención domiciliaria comienza un día determinado, pero puede continuar a lo largo de mucho tiempo.
4. Planificación de los cuidados: en esta etapa se deben tener en cuenta tres aspectos fundamentales: Establecer los objetivos que hay que alcanzar a corto, mediano y largo plazo, los cuales han de ser realistas, pertinentes, mensurables y observables. Establecer acuerdos o pactos con la familia. Identificar y movilizar los recursos disponibles: la familia y el cuidador de la familia, el equipo de salud, las ayudas materiales y técnicas y los recursos comunitarios.
5. Ejecución de cuidados: éstos pueden ser los cuidados profesionales directos, dirigidos a las personas que lo necesiten y los cuidados profesionales indirectos, que son aquellos que repercuten en la mejora de la calidad de vida de las personas atendidas.
6. Evaluación de la visita: sirve para continuar o modificar la planificación de los cuidados, detectar las dificultades, revisar los objetivos y planificar otros nuevos.

7. Registro de la visita: una vez realizada la visita, se procederá al registro de la misma: sintomatología, cambios observados, cuidados, medicación prescrita y administrada, fecha de la próxima visita, entre otros elementos.

Pasos para realizar la visita domiciliaria:

1. Salir a realizar la Visita Domiciliaria, previo llenado de hoja de desplazamiento
2. Llevar la programación de Visitas Domiciliarias junto con las Fichas.
3. El rendimiento promedio de visita será de 30 a 40 minutos.
4. El mínimo de visitas será de 5 diarias en el nivel urbano y 3 en el nivel rural dependiendo de la dispersión poblacional que obligaría a realizar solo 1 visita domiciliaria.
5. Una visita domiciliaria será considerada efectiva cuando el equipo integral de salud realiza un mínimo de tres actividades por familia.(actividades para evitar, controlar o eliminar riesgo biológico, sanitario y socioeconómico).
6. Queda a criterio del equipo de salud, realizar el número de visitas, de acuerdo a la prioridad, actividades a desarrollar durante la visita, ubicación geográfica.
7. El equipo de salud realizará un informe semanal y mensual de visitas realizadas
8. El reporte de las actividades realizadas debe hacerse preferiblemente en el hogar, realizando anotaciones en la Ficha de Control individual al paciente que lo amerite, de las acciones realizadas, los compromisos efectuados y las referencias correspondientes.
9. Diariamente informará a los demás miembros del equipo de las situaciones especiales encontradas.
10. El equipo de salud mantendrá continuamente el croquis actualizado, con los riesgos, problemas de salud y de servicios de salud, para ser rápidamente identificados.
11. El equipo de salud mantendrá una coordinación con grupo, comités organizados, instituciones, etc, de la comunidad.

Requisitos para una buena visita domiciliaria:

La visita domiciliaria es una actividad compleja, ya que debe abordar diversos aspectos como la observación de las necesidades individuales dentro del marco de la familia, el establecimiento de relaciones de cooperación e igualdad entre el equipo de salud y el grupo familiar, y el fortalecimiento del papel de la familia en el cuidado de su propia salud. Para ello, es necesaria la planificación de la visita teniendo en cuenta:

- Apoyo logístico del nivel distrital y zonal
- El trabajo interdisciplinario.
- La coordinación entre niveles asistenciales.
- La movilización de recursos disponibles.
- La relación de ayuda y la educación para la salud.

El equipo de salud que realiza atención primaria de salud tiene un compromiso consigo mismo, porque el promueve y mantiene acciones de baja complejidad, en promoción de la salud y prevención de las enfermedades, que benefician al usuario, la familia y su comunidad.

La labor en la comunidad para el equipo de salud, constituye un compromiso que le obliga a desempeñarse con máxima dedicación, eficacia y calidez. Por tal, su estilo de vida, sus hábitos, costumbres y conductas deben ser ejemplo para la comunidad en general

Perfil del personal que realiza la visita domiciliaria:

Es importante mencionar que el personal para poder brindar este servicio en su comunidad debe poseer ciertas características personales que le ayudarán en un desenvolvimiento óptimo; estas cualidades van a depender de la experiencia y la madurez, ellas son:

- ✓ La extroversión, porque debe relacionarse con los integrantes del equipo de salud, el individuo, la familia, la comunidad y otros actores sociales. Caso contrario no se le hará fácil abordarlos y lograr con éxito los objetivos planteados.
- ✓ La comunicación, es importante esa cualidad porque se debe dominar a la perfección los diferentes tipos de comunicación.
- ✓ Capacidad gerencial para administrar los recursos, ya sean los humanos, técnicos, materiales con el fin de realizar el trabajo en el menor tiempo posible y con los mayores beneficios.

Indicador para realizar visita domiciliaria.

La ejecución de la Visita Domiciliaria se basa en un enfoque de riesgo por prioridad. Cada familia se clasificará de acuerdo con el riesgo, biológico, socio económico, higiénico sanitario, es importante también considerar el criterio epidemiológico en una familia para calificar riesgo.

Clasificación de las visita

- Visita Primera: En la primera visita, debe encuestar y diagnosticar a todo el grupo familiar, dar asistencia a cada miembro de la familia, caracterización y clasificación de la familia en base al riesgo. Se elabora el plan de seguimiento y se establecen las Visitas de seguimiento por prioridad.
- Visita de Seguimiento: En las visitas subsecuentes, se actualizan datos, se brinda atención integral. Mínimo se debe realizar tres actividades por visita.

Tabla 4 Ficha Familiar

FICHA FAMILIAR

DEFINICION:

La ficha familiar, es instrumento de archivo de la unidad, para lo cual debe destinarse el espacio respectivo dentro del área de estadística. Este instrumento no reemplaza a la historia clínica individual, es un complemento.

Es un instrumento esencial del MAIS-FCI que nos permite vigilar el estado de salud de la población sus necesidades y desarrollar las mejores políticas de salud para garantizar la prestación de servicios sanitarios.

Tiene dos objetivos fundamentales:

- Medir de las condiciones de vida

- medir los determinantes sociales de salud

La Ficha Familiar será implementada por el personal de todos los establecimientos de salud de primer nivel de atención así como por los integrantes de equipos móviles de salud, en directa coordinación con los líderes o autoridades de la comunidad y principalmente las propias familias. La apertura de la ficha familiar y la primera consulta, permiten conocer la realidad social de la comunidad, clasificar a la población en grupos de riesgos, realizar un diagnóstico de salud a nivel local y establecer prioridades en la atención; fortalece la estrategia del primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema, permite el desarrollo de actividades de promoción y prevención e incrementa el acceso a los servicios de salud.

La Ficha familiar nos servirá además para:

- Identificar las determinantes de la salud de la familia.
- Realizar educación para la salud con la familia.
- Planificar visitas domiciliarias en base a sus prioridades
- Clasificar las familias según el riesgo que presenten y priorizar su atención
- Realizar la clasificación individual para dar el seguimiento a miembros de la familia con problemas de salud y riesgos identificados y categorizados
- Orientar a la familia para la protección y autocuidado de su salud
- Mejorar la calidad y oportunidad de la atención
- Conocer el perfil epidemiológico de las comunidades
- Elaborar el plan estratégico de salud de y con la comunidad.
- Elaborar el mapa de riesgo
- Diagnóstico de familias con riesgo que permitirá el análisis y una proyección de un plan de intervención, el mapeo tratando de lograr la homogenización de los sectores, y la direccionalidad de los mayores esfuerzos a la población con mayor riesgo

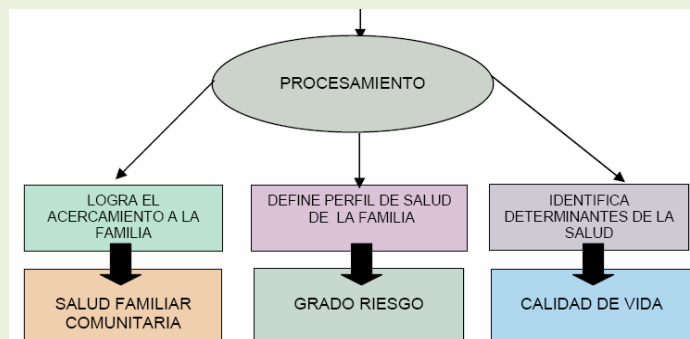
La calificación de los riesgos biológicos - psicológicos, familiares y comunitarios permitirá un mapeo de cada nivel, facilitando el análisis y la dirección de los esfuerzos a los grupos de mayor riesgo. Los criterios para calificar riesgo deberán tomar en cuenta:

- El perfil epidemiológico de la región
- Categorización del tipo de riesgo: Biológico - Psicológico, Sanitario, Socio-económico e identificación del subtipo de riesgo.
- Los datos de los criterios deberán encontrarse registrados en los diferentes instrumentos según los niveles correspondientes persona, familia, comunidad.
- En la dimensión persona, los criterios deberán elaborarse por etapa de vida.
- Los criterios deberán revisarse con la periodicidad indicada por la región
- El nivel nacional ha establecido 18 criterios de carácter nacional.

¿QUE PASOS DEBEMOS SEGUIR PARA APLICAR LA FICHA FAMILIAR?

- Coordinamos e informamos al líder o autoridad comunitaria sobre lo que se va a realizar y para qué sirve la ficha familiar.
- Recibimos la capacitación.
- Recibimos el material necesario.
- Realizamos junto a el líder o autoridad comunitaria un cronograma de visitas a cumplir.
- Informamos a la familia porque se le está visitando: que es y para qué sirve la ficha familiar.
- Registramos a cada familia en la Ficha Familiar, asignándoles su número de código correspondiente.
- Asegurarnos de que todas las familias cuenten con su Ficha Familiar.
- Aseguramos que la Ficha Familiar funcione, registrando todos los eventos que ocurran en la familia, durante todas las visitas domiciliarias.

- Analizamos y aplicamos la información recabada de la siguiente manera:



¿COMO APLICAREMOS LA FICHA FAMILIAR?

El responsable de cada unidad de salud o brigada de salud programará un cronograma de visitas a cada familia de sus comunidades para llevar adelante el registro de las familias en la ficha familiar. Para ello es recomendable:

- Que toda la población se halle oportunamente informada acerca de la Ficha Familiar, que es, para que sirve y como se ejecuta.
- Que todo el personal de salud se halle debidamente capacitado en el llenado de la ficha familiar.
- Elaborar el cronograma de aplicación de la ficha familiar, respetando las costumbres, calendarios agrícolas ó laborales, horarios y valores culturales de cada comunidad.
- Al ser parte de la comunidad debemos primero saber que este instrumento debe manejarse todo el año para ver con claridad cómo vamos a actuar sobre las determinantes de la salud y hace seguimiento de lo planificado.
- Para ingresar a una vivienda y registrar a la familia, debemos presentarnos con nuestra identificación en la puerta, explicando el motivo de nuestra visita, tratando en forma amable a todas las personas que se encuentran en la vivienda y registrando todos los datos requeridos en la ficha familiar.
- Con ayuda de las familias, debemos dibujar un croquis de su vivienda, donde debe remarcarse los puntos de referencias fijos que sean comunes y conocidos por la población
- Se asignara a cada familia una Ficha Familiar. No debemos olvidar que se entiende por familia al grupo de personas que tienen vínculos sanguíneos, legales, culturales y/o afectivos que comparten espacios colectivos como el techo común y practicas colectivas como la alimentación de una olla común.
- Para el llenado de los datos personales de cada miembro de la familia, debemos proceder de la siguiente manera:
 - Solicitar la presencia de todos los miembros de la familia.
 - La fuente de información estará a cargo del jefe de familia o del responsable.
 - Si no se encuentra el jefe de familia, se obtendrá los datos de una persona mayor de 15 años.
 - El registro de los miembros de la familia, se debe realizar en el orden establecido en el instructivo.
 - En caso que uno de los miembros de la familia no se encuentre físicamente en la vivienda, (por ejemplo si hubiese realizado un viaje de corto tiempo) también será registrado, debiendo verificarse su existencia con alguna documentación o con información de los vecinos. Se recomienda regresar posteriormente para reconfirmar la información.

- La apertura de la ficha familiar y llenado de los datos está bajo la responsabilidad del personal de salud del establecimiento de primer Nivel de Atención.
- Los datos específicos de evaluación médica, odontológica y de enfermería serán llenados por personal de salud de los establecimientos, previa capacitación.
- Al concluir el registro de datos de cada familia, se debe evaluar el tipo de riesgo de cada familia, y determinar el ámbito de responsabilidad para realizar las acciones comunitarias y familiares e individuales.
- Para mantener en orden las fichas de las familias que hemos registrado y que estén disponibles para su posterior análisis, debemos archivarlas de la siguiente forma:
 - Asignar en el establecimiento de salud un lugar para archivar las fichas familiares de cada una de las comunidades a cargo del personal de salud.
 - Debemos separar las fichas familiares por comunidad de acuerdo al orden alfabético.
 - Una vez separadas las fichas familiares por comunidad, hay que ordenarlas según el número de código de la ficha hasta completar la última ficha de la comunidad.
 - Finalmente, es necesario que realicemos un seguimiento periódico de las familias y actualizar la información en la ficha durante cada visita.

La Ficha Familiar, y su instructivo está publicado con Acuerdo Ministerial en el marco de la Nueva Historia Clínica.⁴⁹ **ANEXO 4**

TARJETERO PARA CITAS

Tarjetero: de citas es el instrumento complementario de la ficha familiar, ya que permite la programación sistemática (aprovechando cualquier contacto entre el usuario y la unidad) y la recuperación de los usuarios que no cumplieron con su cita.

Tarjetas de citas: Las tarjetas se utilizarán únicamente para fijar las citas a las familias en riesgo. No se utilizan sistemáticamente para todas las citas, ya que se quiere priorizar el seguimiento y recuperación de los grupos en mayor riesgo. Entonces el tarjetero es una “agenda del equipo”.

La programación de las visitas domiciliarias se realiza en base a la organización y revisión del tarjetero para seleccionar aquellas personas que no han asistido a su cita en la unidad y en base a la revisión mensual de la carpetas familiares de las familias en riesgo (codificados con colores) para cumplir con los objetivos no necesita de una programación específica ya que se trata de eventos puntuales.

Si la programación puede realizarse desde la unidad de salud en base a la información disponible en el tarjetero de citas, de las carpetas familiares y de los pedidos individuales de los usuarios, la visita domiciliaria no puede ser sistemática a todos los domicilios de una cuadra o un caserío, sino que será orientada según el riesgo

Atención Prehospitalaria o en unidades móviles - APH

La atención pre hospitalaria se define como un servicio operacional y de coordinación para los problemas médicos urgentes y que comprende todos los servicios de salvamento, atención médica y transporte que se presta a enfermos o accidentados fuera del hospital y que constituye una prolongación del tratamiento de urgencias hospitalarias. La atención pre hospitalaria debe constituirse en un sistema integrado de servicios

⁴⁹ Tomado de Salud Familiar Dr Jose Luis Contreras, Metropolitana, Chile Director CESFAM EEF

médicos de urgencias y no entenderse como un simple servicio de traslado de pacientes en ambulancias, atendidos con preparación mínima⁵⁰.

La atención pre hospitalaria es una actividad más dentro de los cuidados de salud⁵¹ y constituye la extensión de la asistencia médica de emergencia hacia la comunidad. Es ejecutada por personal profesional certificado y equipado para realizar un conjunto de actividades, procedimientos, intervenciones y terapéutica pre hospitalaria, encaminadas a prestar atención en salud a aquellas personas que han sufrido una alteración aguda de su integridad física o mental, causada por trauma o enfermedad de cualquier etiología, tendiente a preservar la vida y a disminuir las complicaciones y riesgos de invalidez y muerte, en el sitio de la ocurrencia del evento y durante su traslado hasta la admisión en la institución asistencial⁵².

La APH requiere posibilidades de comunicación entre los usuarios y la red de atención de urgencias, estas interacciones debe ocurrir a través de números de marcado rápido para la comunidad, Es necesario contar adicionalmente con adecuados sistemas de comunicaciones, transporte y coordinación tal como ocurre en los llamados centros reguladores de urgencias CRU⁵³.

El objetivo fundamental es ubicar el paciente en el lugar más indicado para su patología y realizar durante el transporte una serie de actividades médicas de reanimación y/o soporte que requieren capacitación específica al respecto, con lo cual se logra una mejor condición de ingreso del paciente al hospital y por tanto mayor sobrevida frente a la causa del evento urgente. En síntesis la filosofía de la APH se resume en "llevar al paciente adecuado, al lugar adecuado, en el tiempo adecuado".

Se incluye dos tipos: APH **primario** desde el lugar de ocurrencia del evento urgente hasta la institución receptora y APH **secundario** entre instituciones o hacia el domicilio del paciente. También es importante tener en cuenta la clasificación de las ambulancias terrestres en cuanto a su ámbito de servicio: traslado simple, asistenciales básicas o asistenciales medicalizadas, pues de esta clasificación se desprende también el tipo de personal que debe tripular los vehículos y que varía desde auxiliares con formación en el tema hasta personal médico debidamente capacitado.⁵⁴

Atención en Unidades Móviles.- Las "Unidades Móviles de Salud" (UMS) forman parte de una estrategia de prestación puntual y ambulatoria de servicios de salud. Esta estrategia suele emplearse para llegar a poblaciones aisladas^{55,56}

⁵⁰ RED NACIONAL DE URGENCIAS, Ministerio de Salud, 1993

⁵¹ (Declaración de Jalisco, 2000). (Tintinalli J. Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide, McGraw-Hill, 6th. Edition, EEUU, 2004)

⁵² Asociación Colombiana de Tecnólogos en Atención Pre hospitalaria, Emergencias y Desastres, disponible en: <http://www.acotaph.org>)

⁵³ Los Centros Reguladores de Urgencias una propuesta para la atención de urgencias, Carlos E. Rodríguez

⁵⁴ Boletín Epidemiológico de Antioquia, Octubre-Diciembre 1991, Servicio Seccional de Salud de Antioquia.

⁵⁵ *Stéphane Du Mortier., Marlène Michel, Ahmed Berzig y Pierre Perrin* OP-ASSIST-SANTÉ CICR.

⁵⁶ Acuerdo Ministerial No. 00000391-2012

Su fundamento es “mantener una presencia” en el terreno; sin embargo, la estrategia de las UMS es una estrategia de excepción, que sólo se utiliza, como último recurso, para prestar servicios de salud a poblaciones que no tienen acceso a un sistema sanitario⁵⁷.

La presencia intermitente en el terreno, de las UMS genera limitaciones “intrínsecas” que se deben tomar en consideración, previamente a la decisión del tipo de servicios que prestarán⁵⁸.

Las acciones de salud como promoción, prevención (vacunación), atención médica ambulatoria, resolución de problemas quirúrgicos de mediana complejidad, debe planificarse de manera puntual, haciendo énfasis en las limitaciones estructurales de la unidad móvil, el equipamiento, los recursos humanos, los recursos materiales, los tiempos a emplearse en el traslado y en la dedicación a las acciones previstas, el tiempo de regreso, etc. Estas acciones normalmente responden a la atención y remediación de problemas de salud de alta prevalencia referidos por los indicadores de morbilidad y mortalidad en la zona de acción.

Las UMS se relacionan con el Sistema Nacional de Salud a través de la referencia de pacientes, en circunstancias normales o no, como el mecanismo más idóneo de mantener la continuidad de los servicios y evitar contratiempos.

Las UMS no son exclusivas de los servicios de atención primaria, pueden surgir de niveles de atención más especializados como las clínicas quirúrgicas. Son soluciones que facilitan la resolución de problemas quirúrgicos, en el nivel local, de casos que se sabe que existen y que de otra manera no podrían asistir a la unidad hospitalaria. Estas acciones, sin embargo, requieren de UMS de mayor inversión, con equipamiento de resolución clínico quirúrgica pre establecido para el caso, con un equipo médico y de apoyo de alta calificación, con una impecable planificación de todos los niveles de intervención, para garantizar los resultados y minimizar los riesgos quirúrgicos, trabajando con altos niveles de seguridad

5.2. COMPONENTE DE ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

La provisión de los servicios de salud en el Sistema Nacional de Salud se organiza por niveles de atención en I, II y III nivel y en la lógica de trabajo interinstitucional en redes. El componente de organización comprende:

- 5.2.1 Homologación y Tipología
- 5.2.2 Organización Territorial de la Red Pública y complementaria.
- 5.2.3 Organización y funcionamiento de la Red Pública y complementaria

⁵⁷ Stéphane 2006, p 6.

⁵⁸ Op cit 2, p 6

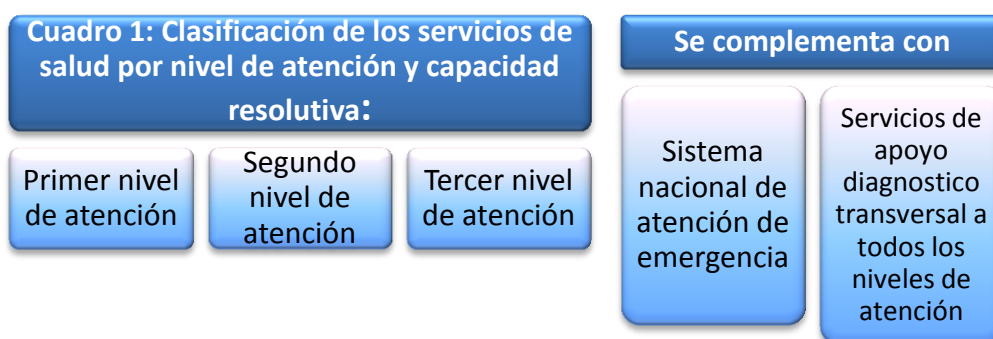
5.2.1. Tipología y homologación de establecimientos de salud

El MSP como autoridad sanitaria nacional y con el objetivo de conformar la Red Pública Integral de Salud y la Red Complementaria homologa la tipología de los establecimientos de salud por niveles de atención del Sistema Nacional de Salud, que rige para todo el sector salud del país.

El Acuerdo Ministerial No0.0159 establece que en todos los establecimientos de salud se aplicará la Estrategia de Atención Primaria de Salud acorde a las necesidades de la población. Establece también que el sector salud representado por el Ministerio de Salud Pública, promoverá la investigación científica, y su integración con la actividad asistencial y docente en todas las unidades de salud que conforman el Sistema Nacional de Salud, y orientará al abordaje de los problemas de salud prioritarios. Señala que el flujo del usuario se regirá estrictamente según la normativa del Sistema de Referencia y Contra referencia emitida por el Ministerio de Salud Pública.

Se ha definido la distribución de los servicios de salud por niveles de atención y acorde a la tipología conforme los siguientes cuadros explicativos.

Ilustración 7 Niveles de Atención



Elaborado por: Equipo SEPPS

Tabla 5 Tipología de las Unidades Operativas del Sistema Nacional de Salud

NIVELES DE ATENCIÓN, NIVELES DE COMPLEJIDAD, CATEGORIA Y NOMBRES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

**MODELO DE ATENCION INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE
SALUD
FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL
MAIS-FCI**

NIVELES DE ATENCIÓN	NIVELES DE COMPLEJIDAD	NOMBRE
Primer nivel de atención	1° nivel	Puesto de salud
	2° nivel	Consultorio general
	3° nivel	Centro de salud rural
	4° nivel	Centro de salud urbano
	5° nivel	Centro de salud de 12 horas
	6° nivel	Centro de salud de 24 horas
	UM	Unidades móviles
Segundo nivel de atención	1° nivel	Consultorio de especialidad (es) clínico – quirúrgico médico u odontológico
		Centro de especialidad
	2° nivel	Centro clínico- quirúrgico ambulatorio (Hospital del Día)
	3 nivel	Hospital Básico
	4° nivel	Hospital General
	UM	Unidades móviles
Tercer nivel de atención	1° nivel	Centros especializados
	2° nivel	Hospital especializado
	3° nivel	Hospital de especialidades

Elaborado por: Equipo SGS

Los establecimientos descritos en el cuadro 5, podrán contar con el apoyo de unidades móviles de medicina general, de especialidades y odontología, que prestarán servicios programados e itinerantes; su misión es extender la cobertura de atención a comunidades distantes y en lugares donde no existan servicios de salud

Servicios de apoyo: Apoyo diagnóstico transversal a los niveles de atención

Tabla 6 Categorías de Apoyo diagnóstico: Laboratorio

ESTABLECIMIENTO	CARACTERISTICA	CATEGORIA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
Laboratorio	Laboratorio general	L-1
	Laboratorio clínico de especialidades de mediana complejidad	L-2
	Laboratorio de alta complejidad	L-3

Elaborado por: Equipo SGS

Tabla 7 Categorías de Apoyo Diagnóstico: Imagen

ESTABLECIMIENTO	CARACTERISTICA	CATEGORIA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
Imagen	Establecimiento de imágenes básico	i-1
	Establecimiento de imagen con intervencionismo diagnostico especializado	i-2
	Laboratorio de alta complejidad	i-3

Elaborado por: Equipo SGS

Tabla 8 Categorías de Apoyo Diagnóstico: Laboratorio Fisiológico - Dinámico

ESTABLECIMIENTO	CARACTERÍSTICA	CATEGORÍA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
Laboratorio Fisiológico – Dinámico	Cardiovasculares	f-1
	Musculo esqueléticos	f-2
	Neurofisiológico	f-3
	Metabólico	f-4

Elaborado por: Comisión Nacional de la Red Pública Integral de Salud, 2011

I Nivel de Atención

- El I Nivel es el más cercano a la población, facilita y coordina el flujo del paciente dentro del sistema, garantiza una referencia adecuada, y asegura la continuidad y longitudinalidad de la atención.
- Promueve acciones de Salud Pública de acuerdo a normas emitidas por la autoridad sanitaria.
- Es ambulatorio y resuelve problemas de salud de corta estancia.
- **Es la puerta de entrada obligatoria al Sistema Nacional de Salud.**

DEFINICIONES DE I NIVEL DE ATENCIÓN

El primer nivel de atención se ubica en los Distritos de Salud, es el centro de la red y la puerta de entrada OBLIGATORIA al SISTEMA, por su contacto directo con la comunidad debe cubrir a toda la población, este nivel debe resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes de la salud enfermedad de la comunidad. Los servicios darán atención integral dirigida a la familia, individuo y comunidad, enfatizando en la promoción y prevención. Estas actividades serán intra y extramurales.

La prestación se llevará a cabo por los **Equipos de Atención Integral de primer nivel de atención al que se incorporarán los Técnicos en Atención Primaria de Salud.**

La **Tipología** de las unidades operativas que forman parte de este nivel se detalla a continuación:

Unidades móviles de salud:

Establecimiento ambulatorio público transportable que presta atención itinerante de salud general, quirúrgica u oncológica

**MODELO DE ATENCION INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE
SALUD
FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL
MAIS-FCI**

Tabla 9 Cuadro de caracterización de los Servicios del Primer Nivel de Atención

TIPO DE ESTABLECIMIENTO	POBLACIÓN ASIGNADA	CARACTERIZACIÓN Y SERVICIOS QUE PRESTA	HORARIO DE ATENCIÓN
I.1 Puesto de Salud	menos de 2000 habitantes;	Es un establecimiento del sector público, cumple con las normas de atención del MSP, e informa mensualmente de sus actividades al nivel correspondiente. Es la unidad de máxima desconcentración, Presta servicios de promoción y prevención de la salud, actividades de participación comunitaria y primeros auxilios; cuenta con botiquín. Cuenta con auxiliar de enfermería o técnico superior en enfermería	8 horas
I.2 Consultorio General		Presta atenciones de diagnóstico y/o tratamiento tanto en Medicina General, Odontología general y odontología integral, Puede ser público o privado Podrán disponer de un stock de insumos básicos previamente aprobados;	8 horas
I.3 Centro de Salud Rural	2000 a 6000 habitantes,	Presta servicios de promoción, prevención, recuperación de la salud, cuidados paliativos, atención médica y de emergencia, atención odontológica, enfermería y actividades de participación comunitaria como la rehabilitación de base comunitaria; tiene botiquín. Cuenta con auxiliar de enfermería o técnico superior en enfermería y profesional de la medicina rural.	8 horas
I.4 Centro de Salud Urbano	2000 a 10000 habitantes	Presta servicios de promoción, prevención, recuperación de la salud, rehabilitación integral y cuidados paliativos, atención médica y de emergencia, atención odontológica, enfermería y actividades de participación comunitaria; tiene farmacia.	8 horas
I.5 Centro de Salud de 12 horas (URBANO)	de 10.000 a 50.000 habitantes,	Servicios de promoción, prevención, recuperación de la salud, rehabilitación integral y cuidados paliativos y atención de emergencia; a través de los servicios de Medicina General y de especialidades básicas, Odontología, Psicología y Enfermería, puede disponer de servicios de apoyo en nutrición y trabajo social. Dispone de Servicios Auxiliares de Diagnóstico en laboratorio clínico, Imagenología básica, y opcionalmente audiometría; farmacia institucional exclusivamente para los establecimientos públicos; promueve acciones de salud pública y participación social; Atiende referencia y contrarreferencias.	12 horas
I.6 Centro de Salud Urbano de 24 horas		Es un establecimiento que realiza acciones de promoción, prevención, recuperación de la salud, rehabilitación integral y cuidados paliativos, a través de los servicios de Medicina General y de especialidades básicas, Odontología, Psicología, Enfermería, Maternidad de corta estancia y Emergencia; dispone de Servicios auxiliares de Diagnóstico en Laboratorio Clínico, Imagenología básica, opcionalmente Audiometría, farmacia institucional exclusivamente para los establecimientos públicos; promueve acciones de Salud Pública y Participación Social; Atiende referencias y contrarreferencias.	24 horas
Unidad Móvil de		Servicios de promoción, prevención, recuperación de la salud, y atención de emergencia; a través de los	

**MODELO DE ATENCION INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE
SALUD
FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL
MAIS-FCI**

Medicina General y Odontología		Servicios de Medicina General y Odontología,	
Taller de apoyo al tratamiento y rehabilitación		Óptica, mecánica dental, prótesis médica y órtesis	
Establecimientos de apoyo terapéutico y diagnóstico		Psicología, optometría, audiometría, logopedia, enfermería, rehabilitación física, nutrición y dietética, podología	
Servicios complementarios de apoyo diagnóstico		Laboratorio clínico general, Imagenología, radiología básica, ultrasonido, eco.dopler, puesto de recolección de muestras biológicas,	
Centros de cosmetología, estética, reducción de peso y tatuaje			

Elaborado por: Equipo SGS

Fuente: Acuerdo Ministerial 00001032

II Nivel de Atención

El II Nivel de Atención comprende todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquéllas que requieran hospitalización. Constituye el escalón de referencia inmediata del I Nivel de Atención. Se desarrolla nuevas modalidades de atención no basadas exclusivamente en la cama hospitalaria, tales como la cirugía ambulatoria, el hospital del día. (Centro clínico quirúrgico ambulatorio).

Da continuidad a la atención INICIADA en el primer nivel, de los casos no resueltos y que requieren atención especializada a través de tecnología sanitaria de complejidad mayor. El ingreso a nivel II se lo realizara a través del primer nivel de atención exceptuándose los caso de urgencia médicas que una vez resueltas serán canalizadas a I nivel.

El II Nivel de Atención comprende todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquéllas que requieran hospitalización. Constituye el escalón de referencia inmediata del I Nivel de Atención. Se desarrolla nuevas modalidades de atención no basadas exclusivamente en la cama hospitalaria, tales como la cirugía ambulatoria, el hospital del día. (Centro clínico quirúrgico ambulatorio).

Da continuidad a la atención INICIADA en el primer nivel, de los casos no resueltos y que requieren atención especializada a través de tecnología sanitaria de complejidad mayor. El ingreso a nivel II se lo realizara a través del primer nivel de atención exceptuándose los caso de urgencia médicas que una vez resueltas serán canalizadas a I nivel.

Estos establecimientos podrán contar con el apoyo de unidades móviles quirúrgicas y de especialidad, que prestarán servicios programados e itinerantes; su misión es extender la cobertura de atención a comunidades distantes y en lugares donde no existan servicios de salud.

Se desarrollan actividades de promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos en ambos niveles.

**MODELO DE ATENCION INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE
SALUD
FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL
MAIS-FCI**

Tabla 10 Caracterización de los Servicios del Segundo Nivel de Atención

TIPO DE ESTABLECIMIENTO	SERVICIOS QUE PRESTA	HORARIO DE ATENCIÓN
II.1 Consultorio de Especialidad (es) Clínico-Quirúrgicas	Atención ambulatoria Medicina Interna, Medicina Familiar, Cirugía, Traumatología, Urología, Cardiología, Dermatología, Gastroenterología, Neurología, Endocrinología, Neumología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Audiometría, Fisiatría, Estimulación Temprana, Terapia de Lenguaje, Psiquiatría, Psicología, Pediatría, Gineco-Obstetricia, Odontología, Geriatria, Hepiatria, Reumatología, Alergología, Cirugía Vasculat, Nefrología y las especialidades reconocidas por la ley. Podrán disponer de un stock de insumos básicos previamente aprobados de acuerdo a la especialidad.	8 horas
II.2 Centro de Especialidades	Atención ambulatoria Es un establecimiento de salud con personería jurídica y director médico responsable legalmente registrados Brinda atención de consulta externa en las siguientes especialidades: Medicina Interna, Medicina Familiar, Cirugía General, Traumatología, Urología, Cardiología, Dermatología, Gastroenterología, Neurología, Endocrinología, Neumología, Oftalmología, Optometría, Otorrinolaringología, Audiología, Fisiatría, Estimulación Temprana, Terapia de Lenguaje Psiquiatría, Psicología, Pediatría, Gineco-Obstetricia, Odontología, Geriatria, Hepiatria, Reumatología, Alergología, Cirugía Vasculat, Nefrología y las especialidades reconocidas por la ley, con servicios de apoyo básico. Podrán disponer de un stock de insumos básicos previamente aprobados de acuerdo a la especialidad	8 a 12 horas
II.3 Centro Clínico-Quirúrgico	Cuenta, con las especialidades de: Medicina Interna, Medicina Familiar, Cardiología, Dermatología, Gastroenterología, Neurología, Endocrinología, Neumología, Fisiatría, Psiquiatría, Pediatría, Odontología, Geriatria, Cirugía General, Traumatología, Urología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Gineco-Obstetricia, Cirugía Plástica, Anestesiología, Reumatología, Alergología, Cirugía Vasculat, Nefrología, Quimioterapia, Farmacia institucional para el establecimiento público y farmacia interna para el establecimiento privado con un stock de medicamentos autorizados; y las especialidades reconocidas por la ley. Dispone de servicios de: Consulta externa, centro quirúrgico, emergencia y enfermería; puede contar con los servicios de apoyo de: nutrición, psicología, laboratorio clínico e imagen. Las camas de este centro no son censables.	24 horas
II. 5 Hospital Básico.	Servicios de: Consulta Externa, Emergencia, Hospitalización Clínica, Hospitalización Quirúrgica, Medicina Transfusional, farmacia institucional para el establecimiento público y farmacia interna para el establecimiento privado con un stock de medicamentos autorizados; Atención Básica de	24 horas

**MODELO DE ATENCION INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE
SALUD
FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL
MAIS-FCI**

	Quemados, Rehabilitación Sensorial y Fisioterapia, Trabajo Social; cuenta con las Especialidades Básicas (Medicina Interna, Pediatría, Gineco-Obstetricia, Cirugía General, Anestesiología) Odontología, Laboratorio clínico, Imagen. Efectúa acciones de fomento, protección y recuperación de la salud incluyendo cuidados paliativos, cuenta con servicio de enfermería, resuelve las referencias de las unidades de menor complejidad y direcciona la contra referencia.	
II. 6 Hospital General.	Servicios en consulta externa, hospitalización, Cuidados intensivos, Cuidados intermedios y Emergencias; con especialidades básicas y subespecialidades reconocidas por la ley. Además de los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento (Laboratorio Clínico, Imagenología, Anatomía Patológica, Nutrición y Dietética, Medicina Física y Rehabilitación Sensorial y del Neuro desarrollo), farmacia institucional para el establecimiento público y farmacia institucional para el establecimiento público y farmacia interna para el establecimiento privado; Unidad de Diálisis, Medicina Transfusional, Trabajo Social, Unidad de Trauma, Atención Básica de Quemados y Cuidados Paliativos. Resuelve las referencias recibidas de las unidades de menor complejidad y direcciona la contrareferencia.	24 horas
Unidades Móviles	Móvil quirúrgica, móvil de diagnóstico especializado, hospital móvil clínico quirúrgico	
Servicios complementarios de apoyo diagnóstico	Laboratorio clínico de especialidades, Imagenología, intervencionismo diagnóstico especializado	

Elaborado por: Equipo SGS
Fuente: Acuerdo Ministerial 00001032

**MODELO DE ATENCION INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE
SALUD
FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL
MAIS-FCI**

III Nivel de Atención

Corresponde a los establecimientos que prestan servicios ambulatorios y hospitalarios de especialidad y especializados. Los centros hospitalarios son de referencia nacional; resuelve los problemas de salud de alta complejidad, tiene recursos de tecnología de punta, intervención quirúrgica de alta severidad, realiza transplantes, cuidados intensivos, cuenta con subespecialidades reconocidas por la ley; se incluyen los siguientes

Tabla 11 Caracterización de los Servicios del Tercer Nivel de Atención

TIPO DE ESTABLECIMIENTO	SERVICIOS QUE PRESTA	HORARIO DE ATENCIÓN
III. 1 Centro Especializado	<p>AMBULATORIO Establecimiento de salud, con personería jurídica legalmente registrado, bajo la responsabilidad de un médico especialista o sub-especialista, con o sin hospitalización. Presta servicios de apoyo diagnóstico, terapéutico, recuperación o rehabilitación en una especialidad definida como: Centros de Hemodiálisis, Radioterapia Externa, Hemodinamia. Cuenta con un stock de medicamentos e insumos de acuerdo a su especialidad</p>	24 horas
III. 2 Hospital Especializado	<p>HOSPITALARIO Establecimiento de salud de alta complejidad Provee atención ambulatoria en consulta externa, emergencia y hospitalaria de una determinada especialidad y/o subespecialidad, de acuerdo al perfil epidemiológico y/o patología específica de tipo agudo y/o crónico; atiende a la población mediante el sistema de referencia y contrarreferencias. Esta atención médica especializada demanda de tecnología de punta, recursos humanos, materiales y equipos tecnológicos especializados. Farmacia institucional para el establecimiento público y farmacia interna para el establecimiento privado</p>	24 horas

**MODELO DE ATENCION INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE
SALUD
FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL
MAIS-FCI**

<p>III. 3 Hospital de Especialidades</p>	<p>Establecimiento de salud de la más alta complejidad, Provee atención ambulatoria en consulta externa, emergencia y hospitalización en las especialidades y subespecialidades de la medicina. Destinado a brindar atención clínico – quirúrgica en las diferentes patologías y servicios. Atiende a la población mediante el sistema de referencia y contrarreferencias. Esta atención médica especializada demanda de tecnología de punta, recursos humanos, materiales y equipos tecnológicos especializados Farmacia institucional para el establecimiento público y farmacia interna para el establecimiento privado</p>	<p>24 horas</p>
<p>III. Servicios complementarios de apoyo diagnóstico</p>	<p>Laboratorio clínico de especialidades, Imagenología, intervencionismo diagnóstico especializado, establecimientos de medicina nuclear, bancos de sangre, bancos de órganos, tejidos y células</p>	

Elaborado por: Equipo SGS
Fuente: Acuerdo Ministerial 00001032

5.2.2. La organización territorial de la red pública y complementaria de salud en zonas, distritos y circuitos geográficos.

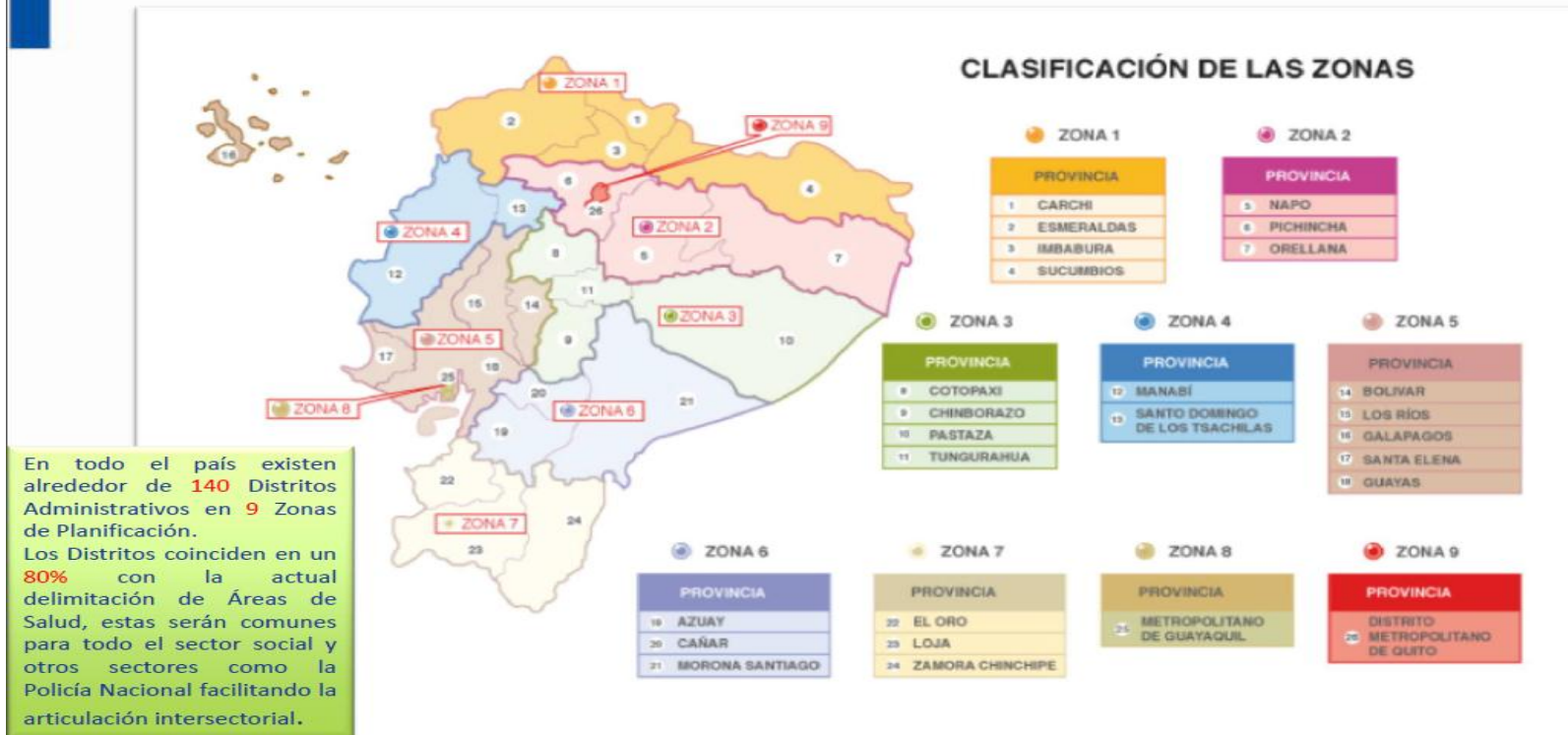
Tabla 12 Estructura Orgánica Descriptiva del Nivel Zonal

ZONAS	ABARCA	SEDE
Coordinación Zonal 1	Carchi, Esmeraldas, Imbabura, Sucumbíos	Ibarra
Coordinación Zonal 2	Pichincha, Napo, Orellana	Tena
Coordinación Zonal 3	Pastaza, Cotopaxi, Tungurahua, Chimborazo	Riobamba
Coordinación Zonal 4	Manabí, Santo Domingo de los Tsáchilas	Portoviejo
Coordinación Zonal 5	Guayas, Los Ríos, Santa Elena, Bolívar	Milagro
Coordinación Zonal 6	Azuay, Cañar, Morona Santiago	Por definir
Coordinación Zonal 7	El Oro, Loja, Zamora Chinchipe	Loja
Coordinación Zonal 8	Cantones Guayaquil, Duran y Samborondón	Guayaquil
Coordinación Zonal 9	Distrito Metropolitano de Quito	Quito

Las misiones y funciones de las **Coordinaciones Zonales en Salud** están explicitadas en el Estatuto Orgánico del MSP y son: Coordinar, controlar y planificar en la zona las acciones referentes a vigilancia de la Salud pública, de la vigilancia y control sanitario, la provisión de servicios de atención individual, prevención de enfermedades, promoción de la salud e igualdad, la gobernanza de salud, y participación social, modelo de atención y, redes pública y complementaria de salud.

Ilustración 8 Zonas de Planificación

Nueva Organización Territorial



Elaborado por: Equipo SEPPS

Se mantienen las Direcciones Provinciales de Salud que son las Representes de la autoridad sanitaria nacional en la provincia, implementan la política, planifican, coordinan y controlan el cumplimiento de todas las acciones de salud en las zonas, distritos y circuitos.

La Dirección Distrital de Salud, se encarga de Desarrollar técnica y gerencialmente la red de servicios de salud de su zona de influencia, para brindar atención de salud integral, de calidad, eficiencia y equidad que permita contribuir al buen vivir de la población.

**MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD
FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL
MAIS-FCI**

Tabla 13 Estructura de los Niveles Distritales

N°	zon_codigo	zon_descripcion	zon_distribucion	dis_codigo	dis_distribucion
1	Z04	ZONA 4	MANABI, SANTO DOMINGO DE LOS TSACHILAS	20D01	SAN CRISTÁBAL, SANTA CRUZ, ISABELA
2	Z06	ZONA 6	AZUAY, CANAR, MORONA SANTIAGO	01D01	NULTI, PACCHA, RICAURTE, LLACAO, SIDCAY, OCTAVIO PALACIOS, CHECA, CHIQUINTAD, SININCAY, SAN JOAQUIN, SAYAUSI, MACHANGARA, HMNO MIGUEL, EL VECINO, TOTORACOCHE, CAÁ'ARIBAMBA, SAN BLAS, EL SAGRARIO, GIL RAMIREZ DAVALOS, BELLAVISTA
3	Z06	ZONA 6	AZUAY, CANAR, MORONA SANTIAGO	01D02	BAÁ'OS, CUMBE, CHAUCHA, MOLLETURO, TURI, VALLE, VICTORIA DEL PORTETE, TARQUI, GINGEO, SANTA ANA, SAN SEBASTIAN, EL BATAN, YANUNCAY, SUCRE, HUAYNA CAPAC, MONAY
4	Z06	ZONA 6	AZUAY, CANAR, MORONA SANTIAGO	01D03	GIRON, PUCARA, SAN FERNANDO, SANTA ISABEL
5	Z06	ZONA 6	AZUAY, CANAR, MORONA SANTIAGO	01D04	CHORDELEG, GUALACEO
6	Z06	ZONA 6	AZUAY, CANAR, MORONA SANTIAGO	01D05	NABON, OÁ'A
7	Z06	ZONA 6	AZUAY, CANAR, MORONA SANTIAGO	01D06	EL PAN, GUACHAPALA, PAUTE, SEVILLA DE ORO
8	Z06	ZONA 6	AZUAY, CANAR, MORONA SANTIAGO	01D07	CAMILO PONCE ENRIQUEZ
9	Z06	ZONA 6	AZUAY, CANAR, MORONA SANTIAGO	01D08	SIGSIG
10	Z05	ZONA 5	GUAYAS, SANTA ELENA, LOS RIOS, BOLIVAR, GALAPAGOS	02D01	GUARANDA
11	Z05	ZONA 5	GUAYAS, SANTA ELENA, LOS RIOS, BOLIVAR, GALAPAGOS	02D02	CHILLANES

**MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD
FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL
MAIS-FCI**

12	Z05	ZONA 5	GUAYAS, SANTA ELENA, LOS RIOS, BOLIVAR, GALAPAGOS	02D03	CHIMBO, SAN MIGUEL
13	Z05	ZONA 5	GUAYAS, SANTA ELENA, LOS RIOS, BOLIVAR, GALAPAGOS	02D04	CALUMA, ECHEANDIA, LAS NAVES
14	Z06	ZONA 6	AZUAY, CANAR, MORONA SANTIAGO	03D01	AZOGUES, BIBLIAN, DELEG
15	Z06	ZONA 6	AZUAY, CANAR, MORONA SANTIAGO	03D02	CAÑAR, EL TAMBO, SUSCAL
16	Z06	ZONA 6	AZUAY, CANAR, MORONA SANTIAGO	03D03	LA TRONCAL
17	Z01	ZONA 1	ESMERALDAS, CARCHI, IMBABURA, SUCUMBIOS	04D01	SAN PEDRO DE HUACA, TULCAN
18	Z01	ZONA 1	ESMERALDAS, CARCHI, IMBABURA, SUCUMBIOS	04D02	MONTUFAR, BOLIVAR
19	Z01	ZONA 1	ESMERALDAS, CARCHI, IMBABURA, SUCUMBIOS	04D03	ESPEJO, MIRA
20	Z03	ZONA 3	COTOPAXI, TUNGURAHUA, CHIMBORAZO, PASTAZA	05D01	LATACUNGA
21	Z03	ZONA 3	COTOPAXI, TUNGURAHUA, CHIMBORAZO, PASTAZA	05D02	LA MANA
22	Z03	ZONA 3	COTOPAXI, TUNGURAHUA, CHIMBORAZO, PASTAZA	05D03	PANGUA
23	Z03	ZONA 3	COTOPAXI, TUNGURAHUA, CHIMBORAZO, PASTAZA	05D04	PUJILI, SAQUISILI
24	Z03	ZONA 3	COTOPAXI, TUNGURAHUA, CHIMBORAZO, PASTAZA	05D05	SIGCHOS
25	Z03	ZONA 3	COTOPAXI, TUNGURAHUA, CHIMBORAZO, PASTAZA	05D06	SALCEDO

**MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD
FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL
MAIS-FCI**

26	Z03	ZONA 3	COTOPAXI, TUNGURAHUA, CHIMBORAZO, PASTAZA	06D01	CHAMBO,RIOBAMBA
27	Z03	ZONA 3	COTOPAXI, TUNGURAHUA, CHIMBORAZO, PASTAZA	06D02	ALAUSI,CHUNCHI
28	Z03	ZONA 3	COTOPAXI, TUNGURAHUA, CHIMBORAZO, PASTAZA	06D03	CUMANDA, PALLATANGA
29	Z03	ZONA 3	COTOPAXI, TUNGURAHUA, CHIMBORAZO, PASTAZA	06D04	COLTA,GUAMOTE
30	Z03	ZONA 3	COTOPAXI, TUNGURAHUA, CHIMBORAZO, PASTAZA	06D05	GUANO-PENIPE
31	Z07	ZONA 7	EL ORO, LOJA, ZAMORA CHINCHIPE	07D01	CHILLA,EL GUABO,PASAJE
32	Z07	ZONA 7	EL ORO, LOJA, ZAMORA CHINCHIPE	07D02	MACHALA
33	Z07	ZONA 7	EL ORO, LOJA, ZAMORA CHINCHIPE	07D03	ATAHUALPA,PORTOVELO,ZARUMA
34	Z07	ZONA 7	EL ORO, LOJA, ZAMORA CHINCHIPE	07D04	BALSAS,MARCABELI,PIÁ'AS
35	Z07	ZONA 7	EL ORO, LOJA, ZAMORA CHINCHIPE	07D05	ARENILLAS,HUAQUILLAS,LAS LAJAS
36	Z07	ZONA 7	EL ORO, LOJA, ZAMORA CHINCHIPE	07D06	SANTA ROSA
37	Z01	ZONA 1	ESMERALDAS, CARCHI, IMBABURA, SUCUMBIOS	08D01	ESMERALDAS
38	Z01	ZONA 1	ESMERALDAS, CARCHI, IMBABURA, SUCUMBIOS	08D02	ELOY ALFARO
39	Z01	ZONA 1	ESMERALDAS, CARCHI, IMBABURA, SUCUMBIOS	08D03	MUISNE,ATACAMES
40	Z01	ZONA 1	ESMERALDAS, CARCHI, IMBABURA, SUCUMBIOS	08D04	QUININDE
41	Z01	ZONA 1	ESMERALDAS, CARCHI, IMBABURA, SUCUMBIOS	08D05	SAN LORENZO

**MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD
FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL
MAIS-FCI**

42	Z01	ZONA 1	ESMERALDAS, CARCHI, IMBABURA, SUCUMBOS	08D06	RIOVERDE
43	Z08	ZONA 8	D.M. DE GUAYAQUIL, DURAN, SAMBORONDON	09D02	XIMENA 2
44	Z08	ZONA 8	D.M. DE GUAYAQUIL, DURAN, SAMBORONDON	09D04	FEBRES CORDERO
45	Z08	ZONA 8	D.M. DE GUAYAQUIL, DURAN, SAMBORONDON	09D06	TARQUI-2
46	Z05	ZONA 5	GUAYAS, SANTA ELENA, LOS RIOS, BOLIVAR, GALAPAGOS	09D17	MILAGRO
47	Z05	ZONA 5	GUAYAS, SANTA ELENA, LOS RIOS, BOLIVAR, GALAPAGOS	09D18	CRNEL. MARCELINO MARIDUEÑA,NARANJITO
48	Z05	ZONA 5	GUAYAS, SANTA ELENA, LOS RIOS, BOLIVAR, GALAPAGOS	09D19	DAULE,NOBOL,SANTA LUCIA
49	Z05	ZONA 5	GUAYAS, SANTA ELENA, LOS RIOS, BOLIVAR, GALAPAGOS	09D20	SALITRE
50	Z09	ZONA 9	D.M.QUITO	17D04	PUENGASI, CENTRO HISTORICO, SAN JUAN, LA LIBERTAD, ITCHIMBIA
51	Z09	ZONA 9	D.M.QUITO	17D05	CONCEPCION, MARISCAL SUCRE, BELISARIO QUEVEDO, SAN ISIDRO DEL INCA, RUMIPAMBA, KENNEDY, NAYON, IÁ'AQUITO, COCHAPAMBA, JIPIJAPA, ZAMBIZA
52	Z09	ZONA 9	D.M.QUITO	17D06	CHILIBULO, SAN BARTOLO, CHIMBACALLE, LA ARGELIA, SOLANDA, LLOA, LA MENA, LA MAGDALENA, LA FERROVIARIA
53	Z09	ZONA 9	D.M.QUITO	17D07	CHILLOGALLO, GUAMANI, QUITUMBE, TURUBAMBA, LA ECUATORIANA
54	Z09	ZONA 9	D.M.QUITO	17D08	CONOCOTO,PINTAG, AMAGUAÑA, ALANGASI, GUANGOPOLO, LA MERCED

**MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD
FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL
MAIS-FCI**

55	Z09	ZONA 9	D.M.QUITO	17D09	TUMBACO, CUMBAYA, PIFO, YARUQUI, EL QUINCHE, PUEMBO, CHECA, TABABELA
56	Z02	ZONA 2	PICHINCHA, NAPO, ORELLANA	17D10	CAYAMBE,PEDRO MONCAYO
57	Z02	ZONA 2	PICHINCHA, NAPO, ORELLANA	17D12	PEDRO VICENTE MALDONADO,PUERTO QUITO, SAN MIGUEL DE LOS BANCOS
58	Z03	ZONA 3	COTOPAXI, TUNGURAHUA, CHIMBORAZO, PASTAZA	18D01	AUGUSTO N. MARTINEZ, CONSTATINO FERNANDEZ, CUNCHIBAMBA, IZAMBA, PASA, QUISAPINCHA, SAN BARTOLOME DE PINLLO, SAN FERNANDO, UNAMUNCHO, AMBATILLO, ATAHUALPA, LA PENINSULA, LA MERCED, ATOCHA FICOA, LA MATRIZ, SAN FRANCISCO
59	Z03	ZONA 3	COTOPAXI, TUNGURAHUA, CHIMBORAZO, PASTAZA	18D02	HUACHI GRANDE, JUAN BENIGNO VELA, MONTALVO, PICAIGUA, PILAHUIN, SANTA ROSA, TOTORAS, CELIANO MONGE, HUACHI CHICO, HUACHI LORETO, PISHILATA
60	Z03	ZONA 3	COTOPAXI, TUNGURAHUA, CHIMBORAZO, PASTAZA	18D03	BAÑ'OS DE AGUA SANTA
61	Z03	ZONA 3	COTOPAXI, TUNGURAHUA, CHIMBORAZO, PASTAZA	18D04	PATATE, SAN PEDRO DE PELILEO
62	Z03	ZONA 3	COTOPAXI, TUNGURAHUA, CHIMBORAZO, PASTAZA	18D05	SANTIAGO DE PILLARO
63	Z03	ZONA 3	COTOPAXI, TUNGURAHUA, CHIMBORAZO, PASTAZA	18D06	CEVALLOS, MOCHA, QUERO,TISALEO
64	Z07	ZONA 7	EL ORO, LOJA, ZAMORA CHINCHIPE	19D01	YACUAMBI,ZAMORA
65	Z07	ZONA 7	EL ORO, LOJA, ZAMORA CHINCHIPE	19D02	CENTINELA DEL CONDOR, NANGARITZA, PAQUISHA
66	Z07	ZONA 7	EL ORO, LOJA, ZAMORA CHINCHIPE	19D03	CHINCHIPE, PALANDA
67	Z07	ZONA 7	EL ORO, LOJA, ZAMORA CHINCHIPE	19D04	EL PANGUI,YANTZAZA

**MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD
FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL
MAIS-FCI**

68	Z01	ZONA 1	ESMERALDAS, CARCHI, IMBABURA, SUCUMBIOS	21D01	CASCALES,GONZALO PIZARRO,SUCUMBIOS
69	Z01	ZONA 1	ESMERALDAS, CARCHI, IMBABURA, SUCUMBIOS	21D02	LAGO AGRIO
70	Z01	ZONA 1	ESMERALDAS, CARCHI, IMBABURA, SUCUMBIOS	21D03	CUYABENO,PUTUMAYO
71	Z01	ZONA 1	ESMERALDAS, CARCHI, IMBABURA, SUCUMBIOS	21D04	SHUSHUFINDI
72	Z02	ZONA 2	PICHINCHA, NAPO, ORELLANA	22D01	LA JOYA DE LOS SACHAS
73	Z05	ZONA 5	GUAYAS, SANTA ELENA, LOS RIOS, BOLIVAR, GALAPAGOS	09D21	SAN JACINTO DE YAGUACHI
74	Z05	ZONA 5	GUAYAS, SANTA ELENA, LOS RIOS, BOLIVAR, GALAPAGOS	09D22	PLAYAS
75	Z08	ZONA 8	D.M. DE GUAYAQUIL, DURAN, SAMBORONDON	09D23	SAMBORONDON
76	Z08	ZONA 8	D.M. DE GUAYAQUIL, DURAN, SAMBORONDON	09D24	DURAN
77	Z01	ZONA 1	ESMERALDAS, CARCHI, IMBABURA, SUCUMBIOS	10D01	IBARRA,PIMAMPIRO,SAN MIGUEL DE URCUQUI
78	Z01	ZONA 1	ESMERALDAS, CARCHI, IMBABURA, SUCUMBIOS	10D02	ANTONIO ANTE, OTAVALO
79	Z01	ZONA 1	ESMERALDAS, CARCHI, IMBABURA, SUCUMBIOS	10D03	COTACACHI
80	Z07	ZONA 7	EL ORO, LOJA, ZAMORA CHINCHIPE	11D01	LOJA
81	Z07	ZONA 7	EL ORO, LOJA, ZAMORA CHINCHIPE	11D02	CATAMAYO,CHAGUARPAMBA,OLMEDO
82	Z07	ZONA 7	EL ORO, LOJA, ZAMORA CHINCHIPE	11D03	PALTAS
83	Z07	ZONA 7	EL ORO, LOJA, ZAMORA CHINCHIPE	11D04	CELICA,PINDAL,PUYANGO

**MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD
FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL
MAIS-FCI**

84	Z08	ZONA 8	D.M. DE GUAYAQUIL, DURAN, SAMBORONDON	09D07	PASCUALES-1
85	Z08	ZONA 8	D.M. DE GUAYAQUIL, DURAN, SAMBORONDON	09D09	TARQUI-3
86	Z05	ZONA 5	GUAYAS, SANTA ELENA, LOS RIOS, BOLIVAR, GALAPAGOS	09D11	ALFREDO BAQUERIZO MORENO, SIMON BOLIVAR
87	Z05	ZONA 5	GUAYAS, SANTA ELENA, LOS RIOS, BOLIVAR, GALAPAGOS	09D12	BALAO, NARANJAL
88	Z05	ZONA 5	GUAYAS, SANTA ELENA, LOS RIOS, BOLIVAR, GALAPAGOS	09D13	BALZAR, COLIMES, PALESTINA
89	Z05	ZONA 5	GUAYAS, SANTA ELENA, LOS RIOS, BOLIVAR, GALAPAGOS	09D14	ISIDRO AYORA, LOMAS DE SARGENTILLO, PEDRO CARBO
90	Z05	ZONA 5	GUAYAS, SANTA ELENA, LOS RIOS, BOLIVAR, GALAPAGOS	09D15	EMPALME
91	Z05	ZONA 5	GUAYAS, SANTA ELENA, LOS RIOS, BOLIVAR, GALAPAGOS	09D16	EL TRIUNFO, GNRAL. ANTONIO ELIZALDE
92	Z07	ZONA 7	EL ORO, LOJA, ZAMORA CHINCHIPE	11D05	ESPINDOLA
93	Z07	ZONA 7	EL ORO, LOJA, ZAMORA CHINCHIPE	11D06	CALVAS, GONZANAMA, QUILANGA
94	Z07	ZONA 7	EL ORO, LOJA, ZAMORA CHINCHIPE	11D07	MACARA, SOZORANGA
95	Z07	ZONA 7	EL ORO, LOJA, ZAMORA CHINCHIPE	11D08	SARAGURO
96	Z07	ZONA 7	EL ORO, LOJA, ZAMORA CHINCHIPE	11D09	ZAPOTILLO
97	Z05	ZONA 5	GUAYAS, SANTA ELENA, LOS RIOS, BOLIVAR, GALAPAGOS	12D01	BABA, BABAHOYO, MONTALVO
98	Z05	ZONA 5	GUAYAS, SANTA ELENA, LOS RIOS, BOLIVAR, GALAPAGOS	12D02	PUEBLO VIEJO, URDANETA

**MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD
FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL
MAIS-FCI**

99	Z05	ZONA 5	GUAYAS, SANTA ELENA, LOS RIOS, BOLIVAR, GALAPAGOS	12D03	MOCACHE,QUEVEDO
100	Z05	ZONA 5	GUAYAS, SANTA ELENA, LOS RIOS, BOLIVAR, GALAPAGOS	12D04	QUINSALOMA, VENTANAS
101	Z05	ZONA 5	GUAYAS, SANTA ELENA, LOS RIOS, BOLIVAR, GALAPAGOS	12D05	PALENQUE,VINCES
102	Z05	ZONA 5	GUAYAS, SANTA ELENA, LOS RIOS, BOLIVAR, GALAPAGOS	12D06	BUENA FE,VALENCIA
103	Z04	ZONA 4	MANABI, SANTO DOMINGO DE LOS TSACHILAS	13D01	PORTOVIEJO
104	Z04	ZONA 4	MANABI, SANTO DOMINGO DE LOS TSACHILAS	13D02	JARAMIJO,MANTA,MONTECRISTI
105	Z04	ZONA 4	MANABI, SANTO DOMINGO DE LOS TSACHILAS	13D03	JPIJAPA,PUERTO LOPEZ
106	Z04	ZONA 4	MANABI, SANTO DOMINGO DE LOS TSACHILAS	13D04	24 DE MAYO,SANTA ANA,OLMEDO
107	Z04	ZONA 4	MANABI, SANTO DOMINGO DE LOS TSACHILAS	13D05	EL CARMEN
108	Z04	ZONA 4	MANABI, SANTO DOMINGO DE LOS TSACHILAS	13D06	JUNIN,BOLIVAR
109	Z04	ZONA 4	MANABI, SANTO DOMINGO DE LOS TSACHILAS	13D07	CHONE,FLAVIO ALFARO
110	Z04	ZONA 4	MANABI, SANTO DOMINGO DE LOS TSACHILAS	13D08	PICHINCHA
111	Z04	ZONA 4	MANABI, SANTO DOMINGO DE LOS TSACHILAS	13D09	PAJAN

**MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD
FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL
MAIS-FCI**

112	Z04	ZONA 4	MANABI, SANTO DOMINGO DE LOS TSACHILAS	13D10	JAMA, PEDERNALES
113	Z04	ZONA 4	MANABI, SANTO DOMINGO DE LOS TSACHILAS	13D11	SAN VICENTE,SUCRE
114	Z04	ZONA 4	MANABI, SANTO DOMINGO DE LOS TSACHILAS	13D12	ROCAFUERTE,TOSAGUA
115	Z06	ZONA 6	AZUAY, CANAR, MORONA SANTIAGO	14D01	MORONA
116	Z06	ZONA 6	AZUAY, CANAR, MORONA SANTIAGO	14D02	HUAMBOYA,PABLO SEXTO,PALORA
117	Z06	ZONA 6	AZUAY, CANAR, MORONA SANTIAGO	14D03	LOGROÁ'O,SUCUA
118	Z06	ZONA 6	AZUAY, CANAR, MORONA SANTIAGO	14D04	GUALAQUIZA, SAN JUAN BOSCO
119	Z06	ZONA 6	AZUAY, CANAR, MORONA SANTIAGO	14D05	TAISHA
120	Z06	ZONA 6	AZUAY, CANAR, MORONA SANTIAGO	14D06	LIMON INDANZA, SANTIAGO, TIWINTZA
121	Z02	ZONA 2	PICHINCHA, NAPO, ORELLANA	15D01	ARCHIDONA,CARLOS JULIO AROSEMENA TOLA,TENA
122	Z02	ZONA 2	PICHINCHA, NAPO, ORELLANA	15D02	EL CHACO,QUIJOS
123	Z03	ZONA 3	COTOPAXI, TUNGURAHUA, CHIMBORAZO, PASTAZA	16D01	PASTAZA, MERA, SANTA CLARA
124	Z03	ZONA 3	COTOPAXI, TUNGURAHUA, CHIMBORAZO, PASTAZA	16D02	ARAJUNO
125	Z09	ZONA 9	D.M.QUITO	17D01	NANEGAL, PACTO, GUALEA, NANEGALITO
126	Z09	ZONA 9	D.M.QUITO	17D02	CALDERÁ" N, LLANO CHICO, GUAYLLABAMBA
127	Z09	ZONA 9	D.M.QUITO	17D03	PUELLARO, CHAVEZPAMBA, ATAHUALPA, S.J MINAS, PERUCHO, EL CONDADO, PONCEANO, SAN ANTONIO, NONO, COTOCOLLAO, POMASQUI, CALACALI, COMITE DEL PUEBLO, CARCELEN
128	Z02	ZONA 2	PICHINCHA, NAPO, ORELLANA	17D11	MEJIA, RUMIÁ'AHUI

**MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD
FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL
MAIS-FCI**

129	Z02	ZONA 2	PICHINCHA, NAPO, ORELLANA	22D02	LORETO, ORELLANA
130	Z02	ZONA 2	PICHINCHA, NAPO, ORELLANA	22D03	AGUARICO
131	Z04	ZONA 4	MANABI, SANTO DOMINGO DE LOS TSACHILAS	23D01	ALLURIQUIN, LUZ DE AMERICA, ESFUERZO, TOACHI, PERIFERIA, RIO VERDE, SANTO DOMINGO, ZARACAY, RIO TOACHI, CHIGUILPE
132	Z04	ZONA 4	MANABI, SANTO DOMINGO DE LOS TSACHILAS	23D02	SAN JACINTO DEL BUA, VALLE HERMOSO, PUERTO LIMON, PERIFERIA 2, ABRAHAM CALAZACON, BOMBOLI
133	Z05	ZONA 5	GUAYAS, SANTA ELENA, LOS RIOS, BOLIVAR, GALAPAGOS	24D01	SANTA ELENA
134	Z05	ZONA 5	GUAYAS, SANTA ELENA, LOS RIOS, BOLIVAR, GALAPAGOS	24D02	LA LIBERTAD, SALINAS
135	Z08	ZONA 8	D.M. DE GUAYAQUIL, DURAN, SAMBORONDON	09D05	TARQUI-1, TENGUEL
136	Z08	ZONA 8	D.M. DE GUAYAQUIL, DURAN, SAMBORONDON	09D10	PROGRESO, EL MORRO, POSORJA, GUAYAQUIL AREA DE EXPANSION
137	Z08	ZONA 8	D.M. DE GUAYAQUIL, DURAN, SAMBORONDON	09D08	PASCUALES-2
138	Z08	ZONA 8	D.M. DE GUAYAQUIL, DURAN, SAMBORONDON	09D01	PUNA, ESTUARIO DEL RIO GUAYAS, XIMENA 1
139	Z08	ZONA 8	D.M. DE GUAYAQUIL, DURAN, SAMBORONDON	09D03	GARCIA MORENO, LETAMENDI, AYACUCHO, OLMEDO, BOLÁVAR, SUCRE, URDANETA, 9 DE OCTUBRE, ROCAFUERTE, PEDRO CARBO, ROCA
140	Z04	ZONA 4	MANABI, SANTO DOMINGO DE LOS TSACHILAS	23D03	LA CONCORDIA
141	Z00	ZONA NO DELIMITADA	LAS GOLONDRINAS, MANGA DEL CURA, EL PIEDRERO	0	EL PIEDRERO, LAS GOLONDRINAS, MANGA DEL CURA

Fuente: INEC

5.2.3. Organización y funcionamiento de los servicios de salud al interior del Sistema Nacional de Salud

Se basa en los siguientes criterios de organización en función del bienestar del paciente y/o usuario de los servicios:

- ✚ Organización de la Red Pública Integral de Salud
- ✚ El sistema de referencia-contrarreferencias (vertical y horizontal), que garanticen la continuidad de las prestaciones.
- ✚ Licenciamiento de los establecimientos públicos de salud
- ✚ El funcionamiento del tarifario en el Sistema Nacional de Salud

✚ Organización de la Red Pública Integral de Salud

La Red Pública Integral de Salud está conformada por: el Ministerio de Salud Pública (MSP), Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y Seguro Social Campesino, Fuerzas Armadas y Policía Nacional como lo dispone el artículo 360⁵⁹ de la Constitución, a esta red debe articularse las Unidades de Atención de la Dirección de Rehabilitación Social.

Esta liderada por la Autoridad Sanitaria en coordinación con las autoridades de las instituciones del sector público. Los proveedores privados con o sin fines de lucro conformarán la **red complementaria**.

La organización de la Red Pública Integral debe considerar los siguientes criterios.⁶⁰

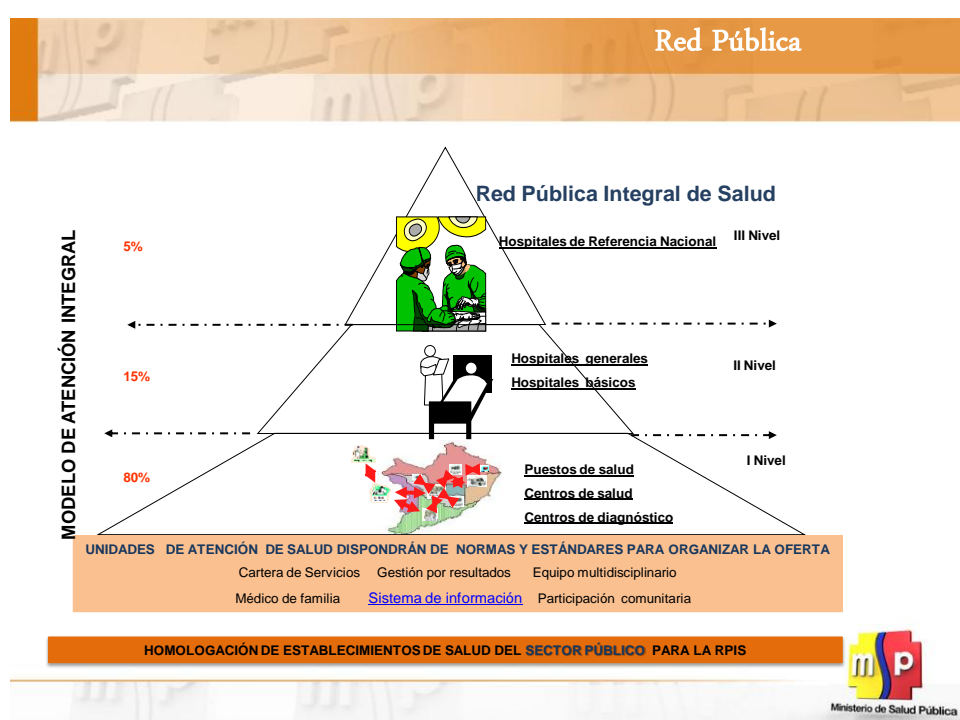
1. Población y territorio a cargos definidos, necesidades de salud, oferta de servicios de salud.
2. Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, de salud mental y los niveles de diversidad de la población; un sistema de gobernanza único para toda la red;
3. Prestación de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, así como estrategias y programas nacionales priorizados en función de la identificación de riesgos.
4. Organización e implementación del sistema de atención de emergencias
5. El primer nivel de atención debe tener un carácter multidisciplinario, abarca a toda la población y sirve como puerta de entrada obligatoria al sistema. Capacidad resolutoria para atender y solucionar la mayor parte de las necesidades de salud de la población;
6. Prestación de servicios especializados de acuerdo a las necesidades de la población que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios;
7. Conjunto de prestaciones prioritarias definidas
8. Funcionamiento del tarifario del SNS, mediante el cruce de cuentas entre instituciones públicas.
9. Cartera de servicios complementaria

⁵⁹ ART 360 de la constitución:

⁶⁰ OPS/DMS. redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria de salud; 49.º consejo directivo 61.ª sesión del comité regional. Washington DC. 2009.- Documento Técnico Red Pública Integral de Salud NO SON LOS MISMOS LINEAMIENTOS, NO DEBERIAMOS UBICARLES A LOS DE OPS

10. Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud;
11. Participación social amplia;
12. Gestión integrada de los sistemas de apoyo administrativo, clínico y logístico;
13. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red;
14. Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red;
15. Financiamiento adecuado e incentivos alineados con las metas de la red; y
16. Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud.

Ilustración 9 Red Pública e Integral de Salud



Elaborado por: Equipo SGS

La organización, articulación de la Red y el fortalecimiento de la capacidad resolutive del primero y segundo nivel, permitirá racionalizar los recursos, resolver de manera oportuna el mayor número de necesidades y problemas de salud de la población y descongestionar las unidades del III nivel de atención.

Estructuración de redes territoriales: sector público y privado

La estructuración de las redes territoriales de salud, responde a la nueva organización territorial desconcentrada y descentralizada que se está implementando en el país, para la planificación territorial y la gestión de los servicios públicos, que establece 9 zonas de planificación, 140 distritos y circuitos.

La organización de redes distritales de salud comprende la articulación de las unidades y servicios de salud de la Red Pública y Complementaria en Salud, se enmarca en la nueva tipología de unidades de salud establecida por la Autoridad Sanitaria Nacional y

se orienta a acercar los servicios de salud a la población, garantizar el derecho de todas las personas a servicios oportunos, de excelencia, la continuidad de la atención y mejorar la planificación y gestión de los servicios en función del logro de indicadores de impacto social.

La organización territorial de la red de servicios de salud permite también responder de manera adecuada a la realidad y necesidades de la población y activar los espacios de coordinación intersectorial y participación comunitaria en función del mejoramiento de la calidad de vida de la población.

Las Redes en su territorialización se organizan con distribución distrital y se clasifican de la siguiente manera:

- Red del SNS para el Distrito de salud rural,
- Red del SNS para el Distrito capital de provincia y
- Red del SNS para los Distritos urbanos

Referencia y contrarreferencia

Tabla 14 Referencia y Contrarreferencia

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA (SRC).

Es el conjunto de normas técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente el servicio de salud, al usuario, según el NIVEL DE ATENCION, EL GRADO DE COMPLEJIDAD Y LOS RECURSOS DISPONIBLES en los servicios de salud; con la debida oportunidad y eficacia en donde los Equipos Integrales de salud, facilitan el flujo de usuarios y la utilización de los recursos entre las entidades de salud.

El Modelo de Atención MAIS-FCI reconoce que la red pública y complementaria distrital o en el circuito, basado en el concepto de Atención Primaria de Salud puede funcionar eficientemente y ser eficaz, con el apoyo de un hospital y de un adecuado sistema de envío de casos (referencia - contrarreferencias) que requieran atención (de mayor complejidad) de aquella que puedan recibir en las unidades de tipo ambulatorio; concomitantemente los hospitales deben, atender en el I nivel, especialmente a la población que proviene de sectores externos a su jurisdicción; de esta manera no sobrecargan su capacidad y podrán brindar apoyo adecuado a los pacientes referidos de los otros niveles.

. La implementación y desarrollo del Sistema de Referencia Contrarreferencias como instrumento para la articulación entre los niveles de atención, conlleva una atención oportuna del paciente referido y que asegure la continuidad en el tratamiento y rehabilitación del mismo⁶¹

PRINCIPIOS GENERALES DE LA DISTRIBUCIÓN DE LAS TAREAS ENTRE EL NIVEL COMUNITARIO, PRIMER NIVEL Y EL NIVEL DE REFERENCIA HOSPITALARIA

- Lo que no se hace en el nivel comunitario y I nivel de atención debe ser hecho en el hospital de referencia y viceversa; deben evitarse las superposiciones y las situaciones de competencia, que perjudican la eficacia del primer nivel y la eficiencia del hospital de referencia.
- El hospital cumple la función de apoyo técnico a la responsabilidad total e indelegable de atención que el I nivel tiene sobre las personas de su ámbito de influencia.

- El primer nivel debe proveer una atención continua, global, e integrada con enfoque familiar y comunitario; es el lugar de síntesis de la atención. El hospital en lo posible no debería ofrecer servicios de consulta externa de primer nivel, porque es una estructura demasiado grande para que el equipo médico y la comunidad lleguen a conocerse, lo cual dificulta desde un principio la prestación de unos cuidados globales, integrales y continuos; no sería correcto por ejemplo que desde el hospital básico se hagan visitas domiciliarias a los pacientes que no cumplen con sus consultas subsecuentes; si se presenta una alta proporción de primeras consultas en el servicio ambulatorio o de consulta externa del hospital, esto resulta en una subutilización del equipo médico altamente especializado y refleja un funcionamiento deficiente de las unidades de la red.
- Debe aprovecharse el sistema de referencia /contrarreferencias como un contacto continuo y directo entre médicos generales y especialistas, donde ambos pueden aprender organizando reuniones para discutir la pertinencia de las referencias y las funciones específicas de cada nivel.
- Para estimular el correcto funcionamiento del Sistema Nacional de Salud por niveles de atención, lo primordial es el mejoramiento de la calidad técnica y humana del personal de los servicios de primer nivel; es evidente que en la situación actual no se puede prohibir a los pacientes que se auto refieran a la consulta externa del segundo nivel pero, la meta tiene que ser ésta.

COORDINACION DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

La coordinación entre los profesionales que laboran en los diferentes niveles de atención en salud, permite; que las acciones interdisciplinarias, las remisiones, el acceso universal al nivel de tecnología que se requiere, y la utilización racional del servicio; sean oportunos. Para esto es necesario que los diferentes actores mantengan un contacto permanente, así como el conocimiento de la disponibilidad del recurso, priorizando la oportunidad y retroalimentándose permanentemente.

DISPONIBILIDAD DE LOS SERVICIOS

Los servicios que se presten en cada provincia estarán sujetos al nivel de complejidad, el acceso siempre será por el primer nivel de atención o por urgencias,

CALIDAD DE LA ATENCION

Es el conjunto de características técnico-científica- materiales y humanas que se deben tener en la atención de salud, continuidad, seguridad, integralidad e integridad entre otras.

La atención de un paciente con una determinada patología no se puede ofrecer en forma fragmentar por niveles de atención, cuando esta debe ser atendida o resuelta en forma integral por la entidad receptora de acuerdo a su competencia y nivel.

GUIAS DE ATENCION CLINICA Y PROTOCOLOS

Las guías de manejo y protocolos, se encuentran establecidos en distintos acuerdos ministeriales del MSP y serán utilizadas para la prestación de los servicios de Salud, protección específica, demanda inducida, detección temprana en Atención Primaria y otros.

🏠 Licenciamiento de establecimientos públicos y privados ⁶²

Se realizará de acuerdo a la normativa dada por el MSP que es de aplicación obligatoria para todas las instituciones y unidades de salud teniendo en cuenta:

⁶² Se tomara en cuenta la normativa dada por Servicios de Salud del MSP del Ecuador

Funcionamiento del tarifario de salud⁶³

El Tarifario es el instrumento técnico que regula el reconocimiento económico de la Prestación de servicios de salud, tanto institucionales, como profesionales, proporcionados por las instituciones de salud pública y privada en el marco de la Red Pública Integral y complementaria del Sistema Nacional de Salud.

El tarifario integra las unidades de valor relativo de los procedimientos y el factor de conversión monetario que permite establecer el monto de pago por cada uno de los Procedimientos utilizados para la atención de la salud.

El tarifario constituye el instrumento para compra y venta de servicios a nivel de instituciones públicas y entre éstas y las privadas y registra el techo máximo para la compra de servicios. El tarifario sustituye al que se ha venido aplicando en el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito.

5.3. COMPONENTE DE GESTION DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El componente de gestión comprende los procesos gerenciales que brindan un soporte a la provisión y organización de los servicios de salud, para el logro de resultados sanitarios dentro del contexto del Modelo de Atención Integral.

En concordancia con los cambios estructurales planteados por el MSP, la gestión del modelo se orienta a superar el enfoque centralista hacia una gestión integrada, desconcentrada, de base territorial y participativa.

La desconcentración se sustenta en la nueva división político-administrativa del país, dada por SENPLADES, y se orienta a reorganizar y fortalecer la capacidad de gestión de las nuevas unidades administrativas, el traspaso de competencias y recursos de acuerdo a los requerimientos del MAIS-FC.

La nueva visión de la gestión implica generar condiciones para una articulación intersectorial en función del logro del desarrollo integral y el cuidado de la salud a nivel territorial, el reconocimiento de la diversidad y la implementación de herramientas gerenciales.

La gestión debe sustentarse en el Sistema Único de Información que permita la toma de decisiones de manera oportuna y basada en evidencias.

⁶³ Los direccionamientos son dados por el MSP y serán aplicados en todo el Sistema de Salud del PAIS

Son elementos de este componente:

- 5.3.1 Planificación estratégica y programación
- 5.3.2 Gestión y desarrollo del Talento Humano de acuerdo a la normativa nacional.
- 5.3.3 Gestión de infraestructura, equipamiento y medicamentos de acuerdo a los estándares definidos por la Autoridad Sanitaria Nacional y el cuadro de medicamentos básico
- 5.3.4 Sistema único integrado de información y telecomunicaciones
- 5.3.5 Sistema de control de la garantía de la calidad
- 5.3.6 Monitoreo y Evaluación - Supervisión
- 5.3.7 Organización y responsabilidades de los equipos de gestión

5.3.1. Planificación estratégica participativa y programación operativa

La planificación estratégica participativa, se desarrolla en los diferentes niveles de toma de decisiones (Nacional, Zonal y Distrital), articulando especificidades y necesidades territoriales con las políticas y estrategias nacionales.

Deben ser procesos que involucren a los actores institucionales y comunitarios en la identificación de problemas y necesidades, basada en información (diagnostico situacional y sistema de información integrado), con enfoque intersectorial, sustentada en consensos y compromisos para el logro de metas y resultados.

La planificación debe también contemplar los presupuestos y recursos necesarios para el cumplimiento de los objetivos y metas.

La planificación estratégica tiene un horizonte de largo plazo y permite construir la visión de lo que se quiere alcanzar para el sector tanto a nivel nacional como territorial.

En cada nivel de gestión se debe elaborar el plan estratégico de acuerdo a las directrices y metodología de la Autoridad Sanitaria Nacional, enmarcados en el Plan Nacional del Buen Vivir y estrategias nacionales, estos planes son los que alimentan y permiten construir el Plan Nacional del sector. Su implementación es progresiva a través de programas, proyectos y planes de acción de mediano y corto plazo orientados al logro de resultados de impacto social

La programación operativa está incluida en la planificación estratégica; permite la organización sistemática y ordenada de actividades y recursos en función del cumplimiento de objetivos y metas del plan, en tiempos definidos. El plan debe contemplar los objetivos, las estrategias que van a permitir el cumplimiento de los objetivos, las metas cuantificables, las actividades y recursos necesarios, cronograma y responsables.

Estas herramientas serán elaboradas en los distintos niveles según normativa del MSP dadas por la Coordinación Nacional de Planificación del MSP.⁶⁴ El responsable a nivel Zonal es el equipo de planificación, quien coordinará con el responsable zonal del departamento financiero, el coordinador de planificación (de cada provincia) y el subdirector técnico a nivel distrital. Las unidades operativas entregarán los insumos al subdirector técnico para complementar el POA.

5.3.2. Gestión y Desarrollo del Talento Humano

La gestión estratégica del talento humano es un aspecto fundamental para el Modelo Integral de Salud, se enmarca en la normativa nacional (LOSEP). El equipo de salud es la columna vertebral del sistema su desarrollo implica procesos transversales y continuos de capacitación y actualización para fortalecer sus competencias para la gestión y atención integral.

La gestión del talento humano se orienta a fortalecer las capacidades técnicas y de gerencia; la revalorización del recurso humano de salud; retención e implementación de un sistema de estímulos en función de resultados; la implementación de procesos sistemáticos de evaluación de acuerdo a competencias y resultados; y, la formación y capacitación continua.

La Autoridad Sanitaria Nacional en concordancia con las necesidades del país define el Plan de Formación y Capacitación del Talento Humano en coordinación con las Universidades implementa la Carrera Sanitaria, la educación continua y los procesos de certificación y recertificación. Todas las unidades de salud en los diferentes niveles de atención se constituyen en espacios docentes, con la finalidad de fortalecer el primero y segundo nivel de atención. En coordinación con las universidades y el SENECYT, el MSP implementará el post grado de Medicina Familiar y Comunitaria y la formación de Técnicos en Atención Primaria de Salud. Se mantienen y se incrementarán también los postgrados en especialidades médicas y técnicas en salud para el II y III nivel.

Por otro lado, cada establecimiento de la red de salud y, en el marco de las políticas nacionales de talento humano, deberá contar con un plan local de desarrollo de competencias y perfil de sus equipos de salud en función a las necesidad operativas, que faciliten la apropiación local de los contenidos y actitudes para aplicar el Modelo de Atención Integral de Salud, incluyendo sus especificidades locales.

A nivel distrital se implementará los Centros de Formación para el talento humano y se desarrollará competencias para el uso de las nuevas tecnologías de la información y comunicación-TICS, lectura científica y el auto-aprendizaje para viabilizar los procesos de educación continua.

La Autoridad Sanitaria Nacional define de acuerdo a las necesidades nacionales y estándares la dotación de talento humano para atención directa del paciente y su distribución en las unidades operativas de primero, segundo y tercer nivel asegurando la disponibilidad oportuna y la elaboración del plan de contratación en el caso de falta de talento humano. (ver Guía de Implementación del MAIS).

⁶⁴ Utilizar matrices de SENPLADES

5.3.3. Gestión de infraestructura, equipamiento y medicamentos de acuerdo a los estándares definidos por la Autoridad Sanitaria Nacional y el cuadro de medicamentos básicos

La Autoridad Sanitaria Nacional define de acuerdo a las necesidades nacionales el plan y estándares para la dotación de nueva infraestructura, mantenimiento correctivo y preventivo de la existente, equipamiento y su mantenimiento correctivo y preventivo respectivo y el cuadro de medicamentos básicos, el sistema de distribución financiera que asegure la disponibilidad oportuna de insumos y medicamentos.

La gestión es desconcentrada y conforme a los lineamientos legales pertinentes.

5.3.4. Sistema Único Integral e Integrado de Información y Telecomunicaciones

Una de las herramientas básicas para la gestión e implementación del MAIS-FCI es el registro, análisis y toma de decisiones fundamentadas en evidencias, sobre las actividades de atención a usuarios, producción de los establecimientos de salud, información epidemiológica y la gestión de la red pública e integrada de salud. Es uno de los ejes prioritarios del proceso de transformación del sector salud es la implementación del Sistema Único Integral e Integrado de Salud que va a permitir la articulación de la red pública y complementaria y de la información.

El sistema único de información en salud es el conjunto de definiciones, instrumentos y modalidades de manejo de la información que facilitan el registro de las prestaciones realizadas a la persona usuaria, las familias y comunidades según sus riesgos, las atenciones y servicios entregados tanto en las fases de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos. Es fundamental contar con un sistema de registro que permita tener los datos necesarios y de manera oportuna para que ingresen al Sistema Único Integral de Información en Salud y dar seguimiento de las atenciones y servicios que se asignan.

Todos los establecimientos de la red pública y complementaria de salud deben implementar el Sistema Único de Registro que permitan disponer de información: verás, oportuna, actualizada, objetiva que a partir de su análisis facilite la toma de decisiones, la resolución de problemas y los procesos de monitoreo y evaluación.

El sistema tiene varios módulos o componentes:

- Sistema de Atención Individual a Usuarios (citas, triaje, historia clínica única electrónica y ficha familiar, referencia-contrarreferencias, farmacia-receta electrónica, laboratorio e Imagenología, estadística) para la atención ambulatoria y hospitalaria;
- Sistema de gestión administrativa (información de los diferentes sistemas de gestión y planificación).
- Sistema epidemiológico de notificación y alertas.

El Sistema Común de Información del Sistema Nacional de Salud constituye el principal medio para registrar y enviar la información de la producción tanto intramural y

extramural del sector público y privado, para lo cual se utilizarán los formularios 504 y 505 que son el parte diario y los concentrados mensuales que estarán en forma digital.

El Sistema de Información en Salud, formará parte del Sistema Nacional de Información, que estará regentado por la SENPLADES, cuyo propósito es construir indicadores fundamentales para la planificación y toma de decisiones a nivel gubernamental. Incluye el manejo de la **historia clínica única**, capaz de conjuntar las variables necesarias y suficientes que competan a los distintos programas, sistemas y subsistemas.

Esta es la antesala para automatizar los registros administrativos y la información en general. Una vez consensado el instrumento que permitirá recolectar la información, el siguiente paso que se tendrá que efectuar, consiste en el involucramiento de productores y operadores de información en un proceso intensivo de sensibilización, capacitación y posterior certificación.

Ilustración 10 Dimensiones que determinan la importancia de la calidad del dato



Dimensiones que determinan la importancia de la calidad del dato

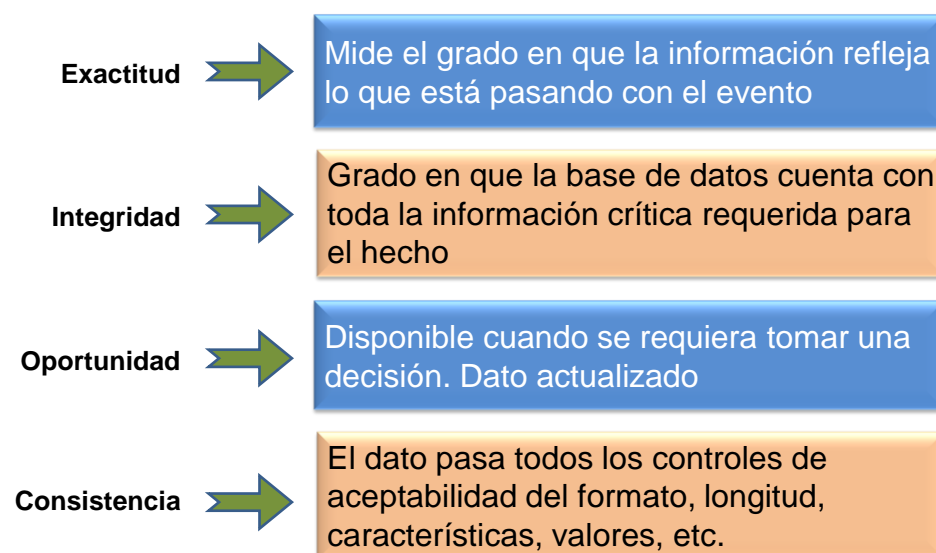
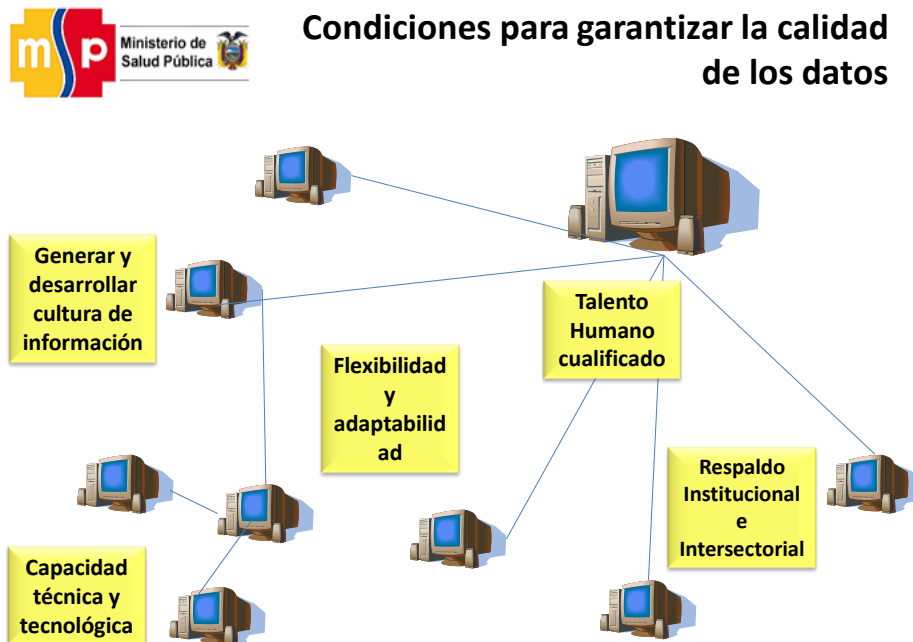


Ilustración 11 Condiciones para garantizar la calidad de los datos



Para el caso del Ministerio de Salud Pública la Planta Central, centralizará la información proveniente de sus Programas y Servicios, para lo cual nombrará a la unidad administrativa encargada de llevar adelante esta migración. Cada entidad sanitaria del Sistema Nacional de Salud deberá centralizar su información en el plazo de un año.

El Ministerio de Salud Pública se suscribirá a la Organización HL7 y adquirirá los estándares HL7 e ISO TC 215 complementarios.

Determinará además los estándares HL7 ISO TC 215 complementarios que utilizará para la correcta implementación de esta normativa y definirá la entidad que será responsable de la socialización, la difusión y la aplicación obligatoria del Acuerdo Ministerial No. 0001190 en todas las entidades del Sistema Nacional de Salud.

5.3.5. Sistema de Control de Garantía de la Calidad

Tanto la red pública e integral de salud, como la complementaria deberán garantizar las normas y procedimientos de atención y gestión definidos por el MSP. El sistema de control de garantía de la calidad incluye:

1. Registro de profesionales a través de un proceso de certificación y recertificación.
2. Implementación de Auditoría Integral en Salud.
3. Procesos de licenciamiento, certificación, acreditación de las unidades de la red pública e integrada.
4. Control de calidad de insumos y productos farmacéuticos.

5. Ciclos de Mejoramiento Continuo de la Calidad que al momento se realiza en la atención materno e infantil (responsables son el Sistema Nacional de Normalización) y posteriormente en forma paulatina se incluirá a la atención y resto de prestaciones.
6. Sistema de fármaco vigilancia

La red pública e integrada de servicios conformará los equipos multidisciplinarios que desarrollen ciclos de mejoramiento continuo de la calidad ubicados en todos los niveles de atención.

5.3.6. Monitoreo, Evaluación y Supervisión Integral

Es un proceso continuo de acompañamiento, asesoría técnica y capacitación en servicio a los equipos de salud, sobre los procesos y resultados en la implementación del Modelo Integral de Salud. Se orienta a medir avances, limitaciones, propuestas de solución, en función de indicadores de gestión. Por otra parte, se orienta a medir la calidad de la atención, la aplicación de normas y protocolos que contribuyen al mejorar el desempeño del personal en la prestación de servicios y al mejoramiento de la calidad de la atención.

En cada nivel de atención se estructurará equipos de supervisión, quienes responden a un plan de trabajo, productos y resultados.

Se orienta a la verificación de avances y cumplimiento de actividades y metas, así como la identificación, análisis y resolución oportuna de problemas. El sistema de monitoreo y evaluación contempla los siguientes aspectos:

- Análisis de planes estratégicos, operativos y de prestaciones, de los procesos de organización y gestión,
- La ejecución presupuestaria,
- Avances en el cumplimiento de actividades, metas y resultados institucionales y de impacto social
- Mecanismos de evaluación participativa

Los procesos de monitoreo contarán con insumos del Sistema de Información Único e Integrado que proveerá información estratégica, de metas operacionales y presupuestales para la toma de decisiones en los niveles correspondientes. Los procesos de evaluación deben ser periódicos, sistemáticos y orientados al análisis de la pertinencia, suficiencia, eficiencia, efectividad, eficacia e impacto de las acciones en función de los objetivos y resultados.⁶⁵

La evaluación participativa implica que la institución genere mecanismos adecuados para que la comunidad acceda a información suficiente y oportuna y toma de decisiones en la planificación, gestión, monitoreo, evaluación y control social. Todos los niveles deben implementar procesos anuales de rendición de cuentas. **ANEXO 2**

⁶⁵ Ministerio de Salud del Perú. La Salud Integral: Compromiso de todos. El Modelo de Atención Integral de Salud.

5.3.7. Organización y responsabilidades de los equipos de gestión

Según la Ley del SNS, se plantea que no se diferenciarán pobres (ni “subsidiados” ni “focalizados”, pero sí priorizados) de no pobres, sino que las atenciones y los servicios se proveerán con un criterio de equidad y con el concepto integral de salud. Es decir, los y las ciudadanas serán atendidas por una red de servicios que incluyen, tanto la atención primaria de salud pública, como los servicios hospitalarios (individuales y curativos), de acuerdo a las disponibilidades y sin “paquetes” especiales para los más pobres. Los hospitales no serán autónomos sino que se constituirán en nodos de las redes interinstitucionales.⁶⁶

Desde luego, en la historia del país y en la situación actual, siempre coexistieron los intereses públicos junto con los privados, de tal modo que su coordinación no es nueva (OPS/OMS, 2002). Pero sí resulta crucial diferenciar los niveles del Estado en los que se puede realizar esta coordinación.

La equidad se garantiza mediante el acceso universal financiado por todas las instituciones, con el concepto integral de salud servido por las redes, dentro de un sistema descentralizado pero con la rectoría del Estado mediante el Ministerio de Salud Pública. Se espera que estos procesos de salud contribuyan a la estabilidad política, económica y social del país, fortaleciendo las instituciones sectoriales, legitimando la más importante disposición jurídica requerida por la Constitución y propiciando un esfuerzo mancomunado por una nueva construcción nacional que parta de los análisis ponderados y de consensos. Se espera que este esfuerzo termine con los conflictos que detienen el trabajo y la producción de los servicios y permita una mejor gobernabilidad al existir una política de Estado, dando continuidad al proceso iniciado

La Política Nacional de Salud constituye una sistematización, establecida desde el Estado ecuatoriano, de postulados filosóficos y teóricos a partir de los cuales se propone, de manera concreta, una estructura nacional de base jurídica que es el Sistema y una serie de acciones ordenadas y prioritarias que constituyen el Plan Nacional de Salud.

El Sistema Nacional fue aprobado con una ley orgánica por el Congreso Nacional de la República (Hermida, 2004). Los postulados o principios de la nueva Política y la nueva Ley en el campo de la salud, constan en la Constitución y pueden resumirse en la necesidad de atender el derecho a la salud de manera equitativa y universal, con servicios que la aborden integralmente, es decir que la promuevan, que prevengan las enfermedades y que las curen con la mejor calidad disponible en el país. El SNS parece ser la única posibilidad que tiene el país de garantizar esa cobertura y ese acceso universal, articulando funcionalmente a las instituciones que prestan servicios en el Ecuador, operando con redes plurales y optimizando los recursos existentes, con equidad, calidad y eficiencia.

En una sociedad como la ecuatoriana, que se regula por una economía de mercado, y en la que existen brechas enormes producto de la desigual distribución de la riqueza, el SNS es la posibilidad de garantizar la anhelada equidad. En el marco del mandato constitucional, es necesario emprender procesos ordenados de descentralización que

⁶⁶ Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) 2007 *La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas* (Quito: OPS/MSP/CONASA).

no impliquen el mayor fraccionamiento del sector y den respuestas efectivas a la realidad y necesidades locales y nacionales. Para que ello sea posible, contamos con el SNS, es decir con una instancia de coordinación de todos los actores, que de manera participativa e integrada deben buscar colectivamente el objetivo común que propone la ley orgánica y en cuya construcción todos nos hallamos empeñados

Tabla 15 Organización de Responsabilidades

Nivel Central

- Rectoría del Sistema Nacional de Salud
- Responsables de la definición de políticas nacionales de acuerdo a la nueva estructura institucional
- Responsables de la planificación estratégica del sector salud público y privado por niveles de atención
- Elaboración y conducción de la consolidación nacional del Modelo de Atención Integral de Salud, garantizando el enfoque de APS, articulándolo con las políticas nacionales de desarrollo, políticas, estrategias y planes sectoriales y garantizando el enfoque integral, integrado y la transversalidad de los programas y proyectos.
- Coordinación con la Dirección de Normalización el diseño y actualización a las prestaciones, así como, las normas y estándares para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud.
- Coordinación con la Dirección de Normalización la definición del paquete de prestaciones garantizadas y priorizadas de acuerdo al perfil epidemiológico, enfoque de evitabilidad, y estrategias nacionales.
- Coordinar con la Dirección de Talento Humano los mecanismos técnicos y estrategias de organización relacionados a la calificación de recursos humanos para la gestión, planificación, prestación, monitoreo y evaluación del Modelo de Atención.
- Coordinar con la Dirección de Talento Humano la definición de las políticas de capacitación y formación de los equipos de salud para los diferentes niveles de atención e implementar la carrera sanitaria, coordinar la formación en Medicina Familiar - APS para los equipos de salud del primer nivel de atención y la formación de los TAPS
- Coordinar con la Dirección de Talento Humano la articulación con las Universidades referente a los cambios curriculares en las áreas de medicina, psicología, enfermería, odontología, obstetricia con el objetivo de formar profesionales con perfil adecuado para Atención Primaria
- Gestionar el financiamiento para el cumplimiento de metas y objetivos de acuerdo a los compromisos de gestión
- Organización de la red pública y complementaria y redes distritales, estableciendo los estándares para su funcionamiento y articulación.
- Definir estrategias de articulación con otros subsistemas sanitarios públicos y privados con el fin de institucionalizar la Atención Primaria
- Consolidación, análisis periódico de la información y retroalimentación para la toma de decisiones a nivel nacional en función de indicadores de producción, calidad de las prestaciones, logro de resultados de impacto social y metas, e indicadores de gestión.
- Asistencia técnica, capacitación y seguimiento al equipo técnico Zonal en los diferentes componentes del Modelo de Atención en Salud.
- Promover el intercambio de experiencias y estimular el desarrollo de estudios e investigaciones para mejorar el Modelo de Atención en Salud.
- Coordinar la cooperación con organismos internacionales, con ONG y del sector privado para el fortalecimiento de la Atención Primaria.
- Supervisión, monitoreo y evaluación del nivel zonal
- Control y auditoría de la implementación del Modelo de Atención.

Nivel Zonal

- Coordinan la implementación de las políticas y normas emitidas por el MSP , que conducen y planifican la red de servicios pública e integrada en el ámbito territorial (direccionamiento estratégico).
- Coordinar la elaboración participativa del Plan Estratégico de Salud y planes operativos a nivel zonal
- Ejecutar controles de calidad (evaluación; auditoria médica, financiera y de actividades en terreno)
- Consolidación, análisis, validación y retroalimentación de la información de los Distritos, en lo relacionado con la medición de la calidad (indicadores) y las actividades de intervención (seguimiento).
- Implementar y garantizar el funcionamiento del Sistema Único de Información a nivel regional
- Coordinar la implementación del Sistema Único de Información y el ingreso y envío quincenal de la información consolidada de sector público y privado.
- Centralizan la información zonal y con ella mantienen y actualizan el Sistema Nacional de Información
- Conducción, supervisión, monitoreo y evaluación de la consolidación del Modelo de Atención Integral de Salud a nivel de los distritos de su jurisdicción
- Gestionar recursos para el financiamiento de las actividades del Plan de Salud.
- Control del cumplimiento de normas y estándares en sector público y privado
- Asistencia técnica, capacitación y seguimiento a los equipos técnicos distritales en la medición de indicadores y mejoramiento de la calidad de atención, en los aspectos metodológicos y de los resultados de impacto social.
- Evaluaciones anuales sobre las acciones de salud contempladas en el Plan de Salud.
- Coordinar y gestionar la organización y distribución del talento humano de acuerdo a los requerimientos del modelo así como la implementación de los procesos de capacitación
- Asegurar la Participación social involucrando activamente a todos los actores sociales durante las fases de implementación del Modelo de Atención en Salud.
- Organizar la red social de su área de cobertura.
- Coordinación de la conformación y funcionamiento de redes públicas zonales y red complementaria de salud
- Implementan los procesos de licenciamiento y organizan la articulación y funcionamiento de las redes pública y complementaria en la zona
- Realizan seguimiento y evaluación de sus redes, en función de los planes operativos (POA) y compromisos de gestión (productos, metas, indicadores)
- Realizar acuerdos de gestión para el cumplimiento de metas
- Organizar y coordinar campañas zonales de promoción y educación en salud de acuerdo a prioridades nacionales

Nivel Distrital de salud

- Coordinar la elaboración e implementación del Plan Integral de Salud distrital relacionándolo con las políticas nacionales y zonales. El plan se construye de manera participativa y con enfoque intersectorial.
- Conducción y coordinación de la implementación, ejecución y seguimiento del Modelo de Atención Integral de Salud en el distrito.
- Coordinar el funcionamiento articulado de la Red Pública y Complementaria de salud
- Consolidar las programaciones locales integrales de salud para las asignaciones presupuestarias respectivas en el sector público
- Consolidación, análisis, validación y retroalimentación de la información de las unidades operativas y acciones de la red pública y complementaria.
- Conducción, conformación, organización, capacitación y asistencia técnica a equipos de salud.
- Implementar los mecanismos de incentivos y formas de reconocimiento al mejoramiento de la calidad de la atención en el distrito.

- Vigilar el cumplimiento de normas y procedimientos (estándares) de calidad que emite el Nivel Central. Identificar las limitantes para mejorar la calidad, plantear alternativas de solución e informar a las autoridades provinciales y si es necesario al nivel superior.
- Dotar a las Unidades Operativas de los recursos materiales, equipamiento e insumos suficientes para el conjunto de las acciones planificadas, así como los mecanismos de evaluación del gasto.
- Organizar y fortalecer el sistema de referencia-contrarreferencias
- Socializar y difundir los resultados de las mediciones con el personal de las Unidades Operativas de Salud y usuarias/os externas/os.
- Facilitar instrumentos técnicos y pedagógicos para el proceso de educación continua del personal.
- Promover el intercambio de experiencias entre los diversos Distritos, para diseminar tecnologías y conocimientos dirigidos a la mejora de la Atención Primaria.
- Implementar el sistema y mecanismos de participación ciudadana y veeduría social involucrando a los actores sociales
- Realizar acuerdos de gestión para el cumplimiento de metas.
- Coordinar la cooperación con organismos internacionales, con ONG y del sector privado para el fortalecimiento de la Atención Primaria.
- Consolidación, análisis, validación y retroalimentación de la información de los distritos en lo relacionado con la medición de la calidad (indicadores) y las actividades de intervención (seguimiento).
- Envío de la información consolidada en archivos electrónicos, y en forma impresa a nombre del responsable del modelo regional, dentro de los quince primeros días de cada mes.
- Asistencia técnica, capacitación y seguimiento a los equipos de conducción del distrito en los aspectos metodológicos y los resultados de las actividades de intervención y mejoramiento de la calidad de atención.
- Utilización y socialización de la información de mejoramiento continuo de la calidad, actividades, resultados y lecciones aprendidas.
- Asegurar la Participación social involucrando activamente a todos los actores sociales durante las fases de implementación del modelo
- Supervisión, monitoreo y evaluación del sector público y privado en el nivel distrital.

Nivel de Unidades Operativas

- Elaboración del Diagnostico situacional
- Participar en la formulación de planes estratégicos y distritales, incorporando el enfoque familiar, intercultural, de género e intergeneracional .
- Elaborar planes operativos
- Diagnostico dinámicos, mantener actualizado el registro de las familias e individuos y planificar las intervenciones de acuerdo a la identificación de riesgos y criterios de evitabilidad.
- Implementar el enfoque intercultural, de género e intergeneracional en la atención al usuario
- Coordinar con los otros niveles y unidades la referencia y contrarreferencias de acuerdo a las normas y protocolos
- Recolectar e ingresar al sistema único de información los indicadores de producción intramural y extramural, indicadores de calidad, fichas familiares y de gestión. Enviar al distrito la información en archivo digital e impreso cada 8 días
- Mantener reuniones periódicas, para analizar la información, identificar necesidades de mejoramiento de la calidad, planificar y ejecutar acciones y planes de intervención.
- Analizar la metodología de implementación del modelo aplicado y proponer al nivel distrital los ajustes metodológicos pertinentes
- Participar en las actividades de educación continua y evaluación. Seguimiento de los procesos de formación y actividades de los TAPS
- Enviar las planificaciones mensuales de la unidad operativa al distrito donde conste las intervenciones, acciones y estrategias integrales y los requerimientos necesarios para la ejecución del plan, los mismos que serán entregados a tiempo para **realizar la gestión distrital**

y tener los recursos necesarios los primeros días de cada mes.

- Operativizar y organizar las acciones de salud establecidos en el Plan de Salud distrital.
- Asegurar la Participación social involucrando activamente a todos los actores sociales durante las fases de implementación del modelo.
- Realizar compromisos de gestión para el cumplimiento de metas

5.4. COMPONENTE DE FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El componente de Financiamiento permite asegurar la obtención de los recursos necesarios para el cumplimiento de:

- Planes Estratégicos nacionales, zonales, distritales, provinciales y en circuitos.
- Proyectos en salud de las organizaciones que forman el SNS.
- Conjunto de prestaciones
- Plan Nacional de Inversión en Infraestructura y Equipamiento del sector público.

Los elementos para el desarrollo de este componente serán.

- Recursos de la comunidad
- Definición de las fuentes de financiamiento
- Definición de la forma de asignación de recursos
- Definición de los mecanismos de pago

5.4.1. Los recursos de la comunidad

Como establece el marco legal del país, el MAIS-FCI debe tener un enfoque comunitario e intercultural lo que implica activar estrategias que contribuyan a la plena participación de la comunidad, la corresponsabilidad e integración de sus recursos y capacidades en función de la construcción de condiciones saludables, además debe:

- Generar estrategias que permitan recuperar y optimizar los saberes y prácticas culturales que contribuyan a enfrentar la exposición a riesgos, recuperar la salud y promover elementos protectores.

Para promover el ejercicio de los derechos y responsabilidades en salud es fundamental que las familias, la comunidad y sus organizaciones participen en los procesos de planificación, gestión, evaluación y veeduría de la implementación del MAIS-FCI.

Para activar la participación, fortalecer el sentido de corresponsabilidad de la comunidad en el cuidado de la salud, la institución tiene que generar estrategias y mecanismos que permitan que las organizaciones comunitarias y la población accedan a la información, que los equipos de salud tengan la apertura para generar espacios de diálogo y toma de decisiones de manera participativa, y apoyar los procesos de veeduría y control social, garantizando a la vez la autonomía de las organizaciones⁶⁷.

⁶⁷ Políticas: 3.1 Promover prácticas de vida saludable en la población. 3.2 Fortalecer la prevención, el control y la vigilancia de la enfermedad, y el desarrollo de capacidades para describir, prevenir y controlar la morbilidad. 3.3 Garantizar la atención integral de salud por ciclos de vida, oportuna

5.4.2. Definición de las fuentes de financiamiento

Para el financiamiento de los Planes Estratégicos y Proyectos sus fuentes provienen de los diferentes presupuestos de las instituciones involucradas en el SNS.

El financiamiento del Régimen de Prestaciones Garantizadas y el Plan Nacional de Inversión en equipamiento e infraestructura sus fuentes provienen de las instituciones del sector Salud que forman la red pública: Ministerio de Salud, IESS, Fuerzas Armadas, Policía. El sector privado lo realiza con fondos propios.

5.4.3. Definición de la forma de asignación de recursos

Normalmente la asignación de recursos a las unidades ejecutoras está basada en gastos históricos y capacidad de gasto, en función de estos dos insumos se asignan los recursos cada año.

El país está dentro de un proceso de Transformación Democrática cuyo objetivo es llegar a un “profundo rediseño institucional del Estado en la búsqueda de su rol regulador y planificador, la modernización de las empresas públicas y los sectores estratégicos, la modernización del servicio civil, la profesionalización de la función pública y la reorganización territorial del Estado”⁶⁸.

Como se indicó en el componente de Gestión, el Ministerio de Salud Pública es considerado una Institución de Tipología 2 es decir altamente desconcentrada con baja descentralización, propendiendo entonces generar competencias desconcentradas a nivel regional, distrital y local, surgiendo de igual manera dinámicas propias de cada sector que permitan la prestación de servicios públicos desde el nivel local a través de distritos administrativos⁶⁹.

El artículo 366 de la Constitución indica...”Los recursos públicos serán distribuidos con base en criterios de población y en las necesidades de salud por tanto la asignación de recursos se realizara según los siguientes criterios:

Criterios de Población:

- **Territorial:**
 - densidad poblacional
 - Grado de dispersión de la población
 - vías de acceso disponibles (fluviales, terrestres, aéreas).
- **Estructura Demográfica:**
 - Pirámide poblacional: niños, niñas, adolescentes, adulto mayor etc.
- **Nivel socioeconómico:**
 - Población pobre enfatizando parroquias, cantones bajo la línea de pobreza.

y sin costo para las y los usuarios, con calidad, calidez y equidad. 3.4 Brindar atención integral a las mujeres y a los grupos de atención prioritaria, con enfoque de género, generacional, familiar, comunitario e intercultural. 3.5 Reconocer, respetar y promover las prácticas de medicina ancestral y alternativa y el uso de sus conocimientos, medicamentos e instrumentos”. Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013.

⁶⁸ http://www.senplades.gov.ec/index.php?option=com_content&view=article&id=17:reforma-democratica-y-gestion-publica&catid=24:reforma-democratica-del-estado&Itemid=39

⁶⁹ Esquema metodológico para la Revisión de matriz de Competencias y modelos de Gestión, Subsecretaría de reforma Democrática del estado e Innovación de la gestión Pública, SENPLADES, 2009

- **Características Culturales:**

- para facilitar la adecuación cultural de los servicios y prestaciones de medicina tradicional, alternativa y complementaria definidas en el MAIS-FC.

Criterios de necesidades de salud

- **Perfil epidemiológico:** Considera las causas de mayor morbilidad y mortalidad en la población ecuatoriana.
- Determinantes que afectan el desarrollo del individuo, familia comunidad por ejemplo, saneamiento ambiental, nutrición, educación, vivienda, migración entre otros.

5.4.4. Definición de los mecanismos de pago

Se están estableciendo los mecanismos/formas de pago dentro y fuera de la Red Pública y Complementaria , se ha avanzado con la elaboración de un Tarifario consensado en el Sector Público, que constituye una herramienta para el ajuste de cuentas.

CAPITULO 6

6. HERRAMIENTAS PARA LA IMPLEMENTACION DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL- MAIS-FCI EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

6.1. Definición

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en su calidad de Autoridad Sanitaria Nacional, en el marco de la estructuración del Sistema Nacional de Salud (SNS), establece los lineamientos y herramientas del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS-FC) con enfoque familiar, comunitario, de género e intercultural, para su aplicación por las instituciones del sector salud público y privado a nivel nacional.

El sector salud contempla dos grandes elementos interrelacionados, uno es la OFERTA, vinculado a la disponibilidad de servicios integrales de salud y el otro es el de DEMANDA, vinculado a las necesidades, accesibilidad y utilización de estos por la población.

La OFERTA de salud está constituida por los sistemas: Occidental⁷⁰, Ancestral, y de las Terapias Alternativas o Complementarias⁷¹.

La DEMANDA de salud de la población se estructura en el marco de los determinantes sociales, económicos, culturales, políticos, territoriales y así como las relaciones de género, el momento del ciclo vital, la diversidad étnica, que configuran necesidades y potencialidades particulares para el cuidado de la salud, las cuales deben ser tomadas en cuenta al momento de desarrollar estrategias y acciones operativas

6.2. Actividades para la implementación del MAIS en el Sistema Nacional de Salud

- Pertenencia multinivel de los individuos en una sociedad (persona-familia-comunidad-región-nación-sociedad) a través de la reorientación del enfoque curativo individual a un enfoque de atención integral, familiar y comunitaria.
- Atención Integral a la Familia, basada en la Atención Primaria de Salud es desarrollada a través de talento humano con capacidades para responder a las necesidades del individuo, familia, comunidad y entorno para lo cual se

⁷⁰ El sistema médico se concibe como un conjunto más o menos organizado, coherente y estratificado de agentes terapéuticos, modelos explicativos de salud-enfermedad, prácticas y tecnologías al servicio de la salud individual y colectiva. La forma en que estos elementos se organizan internamente, otorgando coherencia al sistema depende del modelo sociocultural en que se desarrolla la medicina. En consecuencia las medicinas son construcciones culturales que responden a necesidades de un entorno social específico. Alarcón Ana. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Rev. Med. Chile 2003

⁷¹ Reconocidos legalmente en la Constitución de la República Ecuatoriana vigente, Ley Orgánica de la Salud

requiere una nueva forma de organizar la prestación, con intervención multidisciplinaria a través del equipo integral de salud

- El primer nivel de atención es la puerta de entrada, al garantizar la continuidad a través de un sistema de referencia y contrarreferencias y que a través de la planificación obliga a la organización de los servicios del sector salud y fortalecer la intervención intersectorial, optimizando las prestaciones de servicios en los tres niveles de atención.
- Definir el tipo de prestaciones para la atención integral de la población reconociendo las particularidades de género, generacional, discapacidad, cultural, socio territorial.
- Identificar a nivel individual, familiar, comunitario y del entorno las condiciones de riesgo y elementos protectores de la salud para establecer de manera participativa planes de intervención orientados al cuidado integral de la salud, así como los recursos necesarios para su implementación.
- Definir el flujo de la información para reflejar el trabajo realizado por los equipos integrales de salud, al entregar atención de calidad (uso de tecnología adecuada y evidencia científica) demostrando un aumento creciente de las acciones de promoción y prevención
- Definir una estrategia de participación efectiva de la población organizada que permita acercar la atención a la población beneficiaria e incorpore mecanismos eficientes y efectivos de participación.
- Incentivar la participación activa de la población y un sentido de corresponsabilidad en el cuidado de la salud, organizando la red social del área de influencia, articulando a las instituciones y organizaciones comunitarias en función del logro de condiciones saludables.
-
- Incorporar la estrategia de Atención Primaria Integral de Salud y reorientar el enfoque curativo hacia un enfoque integral, familiar comunitario y de CUIDADO DE LA SALUD, con enfoque de género, generacional, discapacidad e intercultural.
- Fortalecer las acciones de promoción de la salud, prevención, educación sanitaria y cuidados paliativos.
- Incorporar el enfoque intersectorial para actuar sobre los determinantes de la salud.
- Garantizar servicios de salud de excelencia, oportunos, continuidad y seguimiento hasta la resolución de los problemas de salud
- Estructuración territorial de la red pública y complementaria e implementación del sistema de referencia y contrarreferencias de manera efectiva, garantizando que el primer nivel sea la puerta de entrada del sistema de salud.

- Identificar y adaptar las intervenciones a la realidad epidemiológica, social, económica y cultural, de la población y el territorio.
- Priorizar las intervenciones en los problemas de salud y muertes evitables, en los grupos poblacionales en situación de riesgo e implementar estrategias para disminuir las barreras económicas, geográficas y culturales.
- Dinamizar la participación plena de la comunidad y grupos organizados en la planificación, ejecución y control de las actividades de salud
- Fortalecer el trabajo en equipo al desarrollar nuevas destrezas y habilidades del talento humano a través de procesos de educación continua.

6.3. Implementación del MAIS a nivel zonal y distrital

La implementación del MAIS-FC, debe responder a las demandas y expectativas de la población a nivel territorial y articular las políticas, lineamientos estratégicos y normativa nacional, adaptándolos a la realidad local.

Constituye el punto de encuentro entre la población y el sistema de salud. Éste se ubica en los Distritos de Salud y es el centro de la red integral y la puerta de entrada al sistema de salud. Por su contacto directo con la comunidad, debe cubrir a toda la población y resolver las necesidades básicas y más frecuentes.

El modelo de atención se desarrolla en **LOS TRES NIVELES DE ATENCION** como un proceso planificado y organizado que permite articular cuatro elementos:

- La DEMANDA en salud de la comunidad,
- La EXPERIENCIA y el CONOCIMIENTO de la realidad del área geográfica – poblacional, epidemiológica que poseen los equipos de salud,
- Las NORMAS , PROTOCOLOS de atención vigentes y
- Los PROGRAMAS SOCIALES Y DE SALUD impulsados desde varios sectores como: Inclusión Económica y Social, Educación, Vivienda, Atención a las Discapacidades, entre otros.

Para esto se requiere implementar los enfoques Familiar, Comunitario, Intercultural, de Género y Generacional del Modelo que se expresan en normas, procedimientos y herramientas que los equipos de salud deben aplicar para brindar una atención integral y de calidad.

Por otro lado, el nivel local constituye un espacio privilegiado para acciones intersectoriales y la participación comunitaria, para intervenir sobre los determinantes de la salud, identificando y controlando los factores de riesgo y potenciando los procesos protectores de la salud, en función de lograr comunidades saludables y el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

La Implementación del MAIS-FC a nivel de la red zonal y distrital requiere de un conjunto de acciones específicas, procesos e instrumentos que operando coherentemente mejoran la calidad de los servicios, garantizan la continuidad de la atención, incrementan la participación ciudadana sobre las decisiones y acciones que afectan su salud, optimizan la utilización de los recursos y suplen de mejor forma las necesidades de salud.

El MAIS-FC se orienta a garantizar de manera progresiva el acceso universal a una atención integral, centrada en las personas, la familia y la comunidad, promoviendo el pleno ejercicio de los derechos y responsabilidades en salud.

La normativa de la Autoridad Sanitaria Nacional, define para las unidades de los tres niveles de atención el área geográfica y asigna la población de acuerdo a los siguientes criterios:

- Ubicación urbana o rural
- concentración de la población
- Accesibilidad geográfica, cultural, funcional

A nivel distrital y circuitos los planes de salud deben articular intervenciones estratégicas y operativas que se requieren para mantener la coherencia y correspondencia entre la gestión y la atención Integral e integrada de salud, deben ser concebidos como un proceso continuo que se adecúa y reajusta permanentemente de acuerdo a la realidad local.

Aspectos a ser considerados

- Las Direcciones de los Distritos organizarán y establecerán estrategias de trabajo, de tal manera que las actividades regulares de los equipos integrales de salud no se vean afectadas y se asegure la permanencia en sus zonas de cobertura para garantizar el cumplimiento de metas y objetivos en los tiempos estipulados.
- El Equipo Integral de Salud laborará en coherencia y correspondencia a la dinámica de la población adscrita, para el efecto la Dirección de Distrito organizará los servicios con el fin de satisfacer las necesidades de la población en relación a horarios, adecuación cultural entre otros.
- Los equipos de salud recibirán por lo menos tres supervisiones al año (capacitación en servicio), estas deben ser integrales, es decir, se supervisará la implementación del Modelo así como la aplicación de las normas de atención. Una primera para realizar el diagnóstico y generar compromisos, una segunda para verificar el cumplimiento de los compromisos y realizar ajustes de ser necesarios y la tercera para evaluar resultados institucionales y de impacto social.
- Se formará a Técnicos de Atención Primaria en Salud-TAPS que apoyarán e integrarán el equipo integral de salud con personas de la comunidad, los mismos que desarrollaran actividades de promoción de la salud, prevención de las enfermedades o complicaciones y notificará al equipo cuando determine un riesgo potencial.

- Formación de profesionales de la salud “in situ” en especialistas de Medicina Familiar y Comunitario, con el fin de mejorar su capacidad resolutive en el primer nivel de atención y mejorar las condiciones de salud de la población.
- Las direcciones distritales serán las responsables de planificar y dar todas las facilidades logísticas, materiales, insumos que necesiten los equipos integrales de salud para el desarrollo de sus actividades tanto intramural como extramurales previamente planificadas en el POA de la unidad operativa.
- Todo el personal que conforme el equipo integral de salud deberá tener un perfil óptimo del desempeño que integre actividades de promoción, prevención, curación, rehabilitación, cuidados paliativos, cuya evaluación cuantitativa y cualitativa, deberá corresponder a un contexto en particular. La evaluación del desempeño de los equipos de salud será en función del cumplimiento de resultados de **efecto institucional** y **resultados de impacto social**.
- Las actividades y metas propuestas deben corresponder con las inscritas en los proyectos locales de salud, que como proceso de corto, mediano y largo plazo deberán contribuir a generar Resultados de Impacto Social.
- La Gestión y facilitación de recursos para las unidades de salud deberán tener en cuenta la tipología, así como el acceso a estas unidades. (priorizar las que se tienen que acceder por vía aérea, fluvial, trochas).
- El número de equipos asignados a una localidad así como su carga horaria de trabajo en las unidades deberán contar con incentivos que garanticen la permanencia del personal en unidades más lejanas y de difícil acceso.
- De igual manera, se entregarán mecanismos de incentivos como producto de una efectiva gestión distrital, que garantice la permanencia del personal y la sostenibilidad del modelo
- La asignación de equipos integrales de salud en cada distrito considerará la mayor población prioritaria (pobreza, condición epidemiológica, emergencias, desastres naturales), dando prioridad al sector rural y las parroquias según líneas de pobreza del país.
- El equipo integral de salud deberá tener habilidades en el plano cultural que le permita complementarse con los recursos humanos de la medicina ancestral y alternativa

6.4. Fases para la Gestión e Implementación del MAIS en Zonas Y Distritos del Sistema Nacional de Salud

Las Zonas y Distritos para realizar las acciones antes indicadas deberán cumplir las siguientes fases de planificación, organización y ejecución:

1. Planeamiento y Programación para lo cual realizarán las siguientes actividades según normas indicadas por el MSP.

- a. Planes Estratégicos
 - b. Diagnostico situacional
 - c. Planes de acción
 - d. Proyectos de salud
 - e. Sala situacional
2. Programación integral de las prestaciones por ciclos de vida aplicando las normas y protocolos del MSP y articulando con los programas de salud.
 - a. Elaboración de planes con equipos integrales de salud de los tres niveles de atención
 - b. Consolidación del Plan Local Integral de Salud, PLIS
 - c. Calculo de medicamentos e insumos
 - d. Presupuestos
 3. Compromisos de gestión
 - a. Metas y compromisos definidos por unidad operativa de los tres niveles de atención
 4. Administración de recursos
 - a. Recursos humanos
 - b. Financiero
 - c. Insumos, fármacos
 - d. Plan de Infraestructura, equipamiento
 - e. Plan de mantenimiento
 - f. Logística para desarrollo de actividades extramurales
 5. Supervisión monitoreo y evaluación de calidad
 - a. Plan de monitoreo, supervisión y seguimiento
 6. Organización de la red pública integral de salud y complementaria
 - a. Diagnóstico de integración
 - b. Intervenciones para la integración

6.5. Resultados de Impacto Social

El Modelo de Salud se debe a nuevos retos, éstos son alcanzar y demostrar que con la Gestión y Atención brindada se puede alcanzar Resultados de Alto Impacto Social; entonces, las acciones de los equipos hacedores de gestión y de atención en salud que van a desarrollar y deben producir no solamente resultados institucionales sino fundamentalmente **ESTOS RESULTADOS DEBEN DAR** resultados de impacto social en sus zonas de responsabilidad.

Por definición, **los resultados institucionales** tienen que ver con el enfoque integral de la atención y la productividad de los servicios como número de atenciones, número de fichas familiares, coberturas obtenidas en las estrategias o intervenciones normadas por Ministerio de Salud Pública, así como asegurar la calidad de atención en los servicios de salud.

Los **resultados de impacto social a nivel distrital y zonal** se refieren a:

- la mejora de las condiciones de salud de la población adscrita, los mismos que deben ser medibles y verificables, por ejemplo:
 - reducción de muertes y discapacidades prevenibles;
 - disminución de la muerte materna e infantil,
 - disminución de enfermedades prevalentes,
 - potenciación de condiciones, estilos de vida y espacios saludables, entre otros

Estos resultados deberán estar alineados a los objetivos 1, 2, 3, 7, 9 y 12 del Plan Nacional de Desarrollo 2009-2013⁷² y deberán estar claramente asumidas e interiorizadas por los equipos de salud ya que esto dará la lógica a su trabajo.

Para producir impacto social se requiere la participación plena de la población y la coordinación con los otros sectores e instituciones como: Educación, Trabajo, Vivienda, Ambiente, Policía, Gobiernos Locales, entre otros..

A continuación se detallan las metas establecidas en el Plan Nacional del Buen Vivir y su relación con los problemas de salud los cuales deben ser enfrentados por los equipos de salud y los actores sociales.

Tabla 16 Metas del Plan Nacional del Buen Vivir 2009 - 2013⁷³

<ul style="list-style-type: none"> • Disminuir en 35% la mortalidad materna al 2013 • Reducir en 25% el embarazo adolescente al 2013 • Aumentar al 70% la cobertura de parto institucional público al 2013
<ul style="list-style-type: none"> • Reducir en un 35% la mortalidad neonatal precoz al 2013 • Disminuir al 3,9% el bajo peso al nacer en niños y niñas al 2013 (OBJ. 2)
<ul style="list-style-type: none"> • Reducir a la tercera parte la tasa de mortalidad por enfermedades causadas por mala calidad del agua al 2013
<ul style="list-style-type: none"> • Reducir en un 18% la tasa de mortalidad por neumonía o influenza al 2013
<ul style="list-style-type: none"> • Reducir en un 25% la tasa de mortalidad por SIDA al 2013 • Reducir al 2% la tasa de mortalidad por tuberculosis al 2013 • Erradicar la incidencia de tuberculosis en las cárceles al 2013. (OBJ. 9)
<ul style="list-style-type: none"> • Disminuir a 4 la razón de letalidad del dengue hemorrágico al 2013. • Reducir la incidencia de paludismo en un 40% al 2013
<ul style="list-style-type: none"> • Reducir en un 45% la desnutrición crónica al 2013 (OBJ. 2) • Reducir al 5% la obesidad en escolares al 2013. • Garantizar un consumo kilo calórico diario de proteínas mínimo de 260 Kcal. /día al 2013. (OBJ. 2) • Aumentar a 4 meses la duración promedio de lactancia materna exclusiva al 2013 (OBJ. 1)
<ul style="list-style-type: none"> • Triplicar el porcentaje de la población que realiza actividad física más de 3.5 horas a la semana al 2013.
<ul style="list-style-type: none"> • Reducción de la muerte por causas oncológicas a través de la detección oportuna
<ul style="list-style-type: none"> • Revertir la tendencia creciente de los delitos hasta alcanzar el 23% al 2013. • Disminuir la tasa de homicidios en un 50% al 2013. . (OBJ. 7) • Reducir la violencia contra las mujeres: (OBJ 9) • 8% Física • 5% Psicológica • 2% Sexual
<ul style="list-style-type: none"> • Disminuir en un 20% la mortalidad por accidentes de tránsito al 2013. (OBJ. 7)

⁷² Objetivos: 1. Auspiciar la igualdad, cohesión e integración social y territorial en la diversidad; 2. Mejorar las capacidades y potencialidades de la ciudadanía; 3. Mejorar la calidad de vida de la población; 7. Construir y fortalecer espacios públicos, interculturales y de encuentro común; 9. Garantizar la vigencia de los derechos y la justicia; 12. Construir un estado democrático para el buen vivir. Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013.

⁷³ MSP. Adaptación de la tabla 9 Metas de los Objetivos del Milenio y enfermedades priorizadas. Boletín Epidemiológico Vol. 6 N53 Ecuador 2009

- Aumentar al menos a 7 la percepción de calidad de los servicios públicos (OBJ 12)
- Aumentar a 7 la calificación del funcionamiento de los servicios de Salud Pública al 2013
- Disminuir en un 33% el porcentaje de hogares que viven en hacinamiento al 2013
- Alcanzar el 80% de las viviendas con acceso a servicios de saneamiento al 2013.
- Disminuir a 35% el porcentaje de hogares que habitan en viviendas con características físicas inadecuadas al 2013.
- Disminuir a 60% el porcentaje de viviendas con déficit habitacional cualitativo al 2013.
- Aumentar a 7 la calidad del servicio de la Policía Nacional según los usuarios al 2013
- Alcanzar el 40% en la tasa de ocupación plena en personas con discapacidad al 2013

Elaborado por: Equipo SGS 2012

A nivel regional, distrital y local podrán establecerse metas y problemas de salud **adicionales** de acuerdo a la realidad local.

6.6. Actividades y Herramientas para la Implementación del MAIS-FC en el Sistema Nacional de Salud

El proceso de implementación del MAIS-FC en las unidades de los tres niveles de atención debe realizar las siguientes actividades según las fases indicadas en el punto 6.4 y dependiendo de su capacidad resolutive. Para cada una de las actividades se ha definido las herramientas a ser utilizadas.

6.6.1. Actividades para Implementar el MAIS en el Sistema Nacional de Salud

Tabla 17 Actividades para implementar el Modelo de Atención Integral de Salud en el Sistema Nacional de Salud

LAS ACTIVIDADES SERAN REALIZADAS POR TODAS LAS UNIDADES OPERATIVAS DE LOS TRES NIVELES DE ATENCION SEGÚN SEA SU RESPONSABILIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA.		
PRIMERA ACTIVIDAD	Organización y conformación de las unidades operativas y los equipos integrales de salud según nivel de atención	<p>ORGANIZACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Planificación de la Unidad Operativa según el nivel de atención ✓ Rol del Equipo integral de salud según el nivel de atención que corresponda ✓ Sectorización geo-poblacional del ámbito de intervención <p>CONFORMACION:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Conformación de los equipos integrales de salud en los tres niveles de atención ✓ Requerimientos para la dotación a los Equipos de insumos y materiales necesarios para desarrollo de actividades de planificación, intramural y extramurales
	Etapa de Socialización en todos los niveles de atención	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Convocatoria y Sensibilización <ul style="list-style-type: none"> ○ Organización ○ Planificación ○ Ejecución ○ Seguimiento y Evaluación
	Etapa Preparatoria según nivel de atención	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diagnóstico Situacional e Identificación de sectores (barrios) manzanas, viviendas, (priorizando las zonas de mayor riesgo) según el nivel de atención, ✓ Diagnóstico Dinámico

SEGUNDA ACTIVIDAD		<ul style="list-style-type: none"> ○ Actualización del censo ○ Mapeo e actores ○ Mapa parlante ○ Sala situacional
	Etapas de Provisión de servicios según nivel de atención	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Primer nivel puerta de entrada al sistema de salud ✓ Referencia y contra referencia ✓ Atención integral con enfoque familiar, comunitario e intercultural y del entorno <ul style="list-style-type: none"> ○ Asignación de tiempos para desarrollar el trabajo intramural y extramural ○ Modalidades de atención: <ul style="list-style-type: none"> Trabajo intramural <ul style="list-style-type: none"> ○ Establecimiento Trabajo extramural <ul style="list-style-type: none"> ○ Trabajo en entidades educativas ○ Trabajo en comunidad, centros carcelarios, fabricas/empresas ○ Trabajo en domicilio: <ul style="list-style-type: none"> ○ visita domiciliaria ○ Llenado de la ficha familiar que incluye el registros de los miembros de la familia, los riesgos, ○ Tarjetero para citas ✓ Unidades de salud adaptados para realizar: <ul style="list-style-type: none"> ○ Atención integral por ciclos de vida y generacional. ○ Vigilancia epidemiológica – comunitaria ○ Estrategias nacionales
	Etapas de elaboración de planes de acción en todos los niveles de atención	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Equipos integrales de salud de todos los niveles realizan: <ul style="list-style-type: none"> ○ Planificación e intervención intersectorial ○ Planes de Acción individual familiar y comunitario
	Etapas de Participación de la Familia y la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Participación de la familia ✓ Participación de la comunidad <ul style="list-style-type: none"> ○ Plan Local de Salud consensuado, participativo con la comunidad y todos los actores locales, basado en la situación de salud, priorización de sus problemas, recursos existentes en la comunidad para solucionar los problemas. (Ver, PROGRAMACIÓN LOCAL EN EL NIVEL DE ATENCIÓN BÁSICA).
CUARTA ACTIVIDAD	Implementación del sistema de registro y seguimiento a nivel individual, familiar y comunitario	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Registro diario y consolidados mensuales. ✓ Historia clínica individual. ✓ Otros registros necesarios para seguimiento de familias y comunidad de acuerdo a la necesidad local. ✓ Plan de monitoreo, seguimiento y evaluación

6.6.2. Herramientas para Implementar el MAIS el Sistema Nacional de Salud

Tabla 18 Estándares para la conformación de los equipos integrales de Salud

a. Estándares para la conformación de equipos integrales de salud

CONFORMACION DE LOS EQUIPOS INTEGRALES DE SALUD

Un equipo es definido como aquel grupo de personas que realizan diferentes aportaciones, con una metodología compartida, de cara a un objetivo común. Cada miembro del equipo tiene claramente asumidas sus propias funciones, así como los intereses comunes del colectivo y todos los componentes comparten la responsabilidad de los resultados.

Factores que influyen en la conformación del equipo:

- **Se deberá tener en cuenta:**
 - la normativa de la Autoridad Sanitaria
 - estándares de licenciamiento
 - tipología de la unidad
 - la realidad territorial de acuerdo a:
 - el número de habitantes,
 - ubicación rural o urbana
 - concentración y dispersión de la población
 - Condiciones de acceso geográfico (tipo de vías de acceso-trocha, fluvial, aérea- tiempo de acceso a la unidad), cultural, funcional

Para fines operativos, la conformación del Equipo Integral de Salud del primer nivel de atención, se calculará a partir de estándares, y la aplicación de una fórmula:

VER CAPITULO DE REQUISITOS PARA LICENCIAMIENTOS DE UNIDADES OPERATIVAS.

EQUIPO DE ATENCION INTEGRAL
<p>Se calculará la necesidad de cada uno a partir de los siguientes CONCEPTOS, estándares y fórmulas:⁷⁴</p> <p>Concepto.- El número de recursos se determina bajo el concepto de que su cuantificación depende de la relación (división) entre la demanda total (DT) anual de su producto o servicio en una zona y población determinada (que va en el numerador) dividido para la capacidad unitaria de la oferta (CUO) anual de productos o servicios de cada recurso (que va en el denominador).</p> <p>Fórmulas:</p> <p>Por ejemplo para calcular el número de médicos para consulta externa en una población de 10.000 habitantes, se aplica la fórmula con el concepto anterior: ¿Cuántas consultas externas anuales demandará esta población? (numerador). ¿Cuántas consultas externas puede dar anualmente cada médico? (denominador)</p> $DT = TCEP = \text{Población} \times IA \times ICHA$ $\# \text{ de médicos} = \frac{DT}{CUO = TCE \text{ md-año} = DLA \times HLD \times NCH}$ <p>Donde: DT: demanda total= TCEP (Total de consultas externas en la Población)= Población X IA (índice de accesibilidad anual) X ICHA (índice o Número de consultas por habitante al año)</p>

⁷⁴ FUENTE: MATERIAL DOCENTE "Washington Rene. Estrella Pozo" <washington.estrella@msh.gov.ec>; Funcionario del MSP-Ecuador

IA: índice de accesibilidad=80 -100% urbano; 33 - 50% rural
 ICHA: índice de consultas (intramural y extramurales)
 habitante año=2

CUO= Capacidad Unitaria de la oferta= TCE md-año (Total de consultas
 externas por cada médico al año)= DLA (días laborables al año= 220 para
 el caso del médico) X HLD (horas laborables al día=8) X CH (consultas
 promedio por hora=4)

Numerador:

$$DT=TCEP= 10.000 \quad x \quad 0.8 \quad x \quad 2 \quad = \quad 16.000$$

consultas

Denominador:

$$TCE \text{ md-año} = 220 \times 8 \times 4 = 7.040 \text{ consultas}$$

Resultados:

16.000 consultas en esta Población / 7040 consultas por cada
 médico= 2,3 médicos (o sea dos médicos a tiempo completo y un
 tercero con el 30% de su tiempo que lo dedique a esta población.

Nota.- En la práctica hay que hacer varios ajustes en estos cálculos de
 acuerdo a las observaciones que se exponen más adelante, que para este
 ejemplo podemos establecer que los médicos le dediquen el 60% de su
 tiempo a la consulta externa intramural y el 40% para otras actividades
 incluidas las extramurales. Entonces el denominador se modificará de la
 siguiente manera: $7.040 \times 60\% = 4.224$ consultas externas por cada
 médico.

Consecuentemente el número de médicos reajustado será:
 $16.000/4224 = 3,8$. Redondeando 4 médicos. Lo que determina un índice
 de 2.500 habitantes por médico.

Cabe mencionar que si la política determinaría como meta un índice de 4
 consultas habitante año el número de médicos sería el doble del calculado
 anteriormente, o sea 8 y por tanto el índice de población por cada médico
 sería de: $10.000 / 8 \text{ médicos} = 1.250$ habitantes por cada médico.

Para determinar el número de consultorios se calcula de manera similar
 pero considerando que los días laborables al año son 250:

CONSULTORIOS ⁷⁵	$\# \text{ de consultorios} = \frac{\text{población} \times \text{IA} \times \text{ICHA}}{\text{DLA} \times \text{HLD} \times \text{NCH}}$ $\frac{10.000 \times 0.8 \times 2}{250 \times 8 \times 4} = 16.000/8000 = 2$ <p>Se requieren 2 consultorios.</p>
----------------------------	---

⁷⁵ Ídem 72

	<p>¿Cómo organizar el trabajo de 4 médicos en dos consultorios?</p> <p>Dos médicos en la mañana y dos en la tarde ocuparían los dos consultorios y el resto de su tiempo realizarían actividades extramurales.</p>																												
<p>ENFERMERA⁷⁶ Enfermera rural</p>	<p>Para el mismo caso de la población de 10.000 habitantes:</p> $N^{\circ} \text{ ENFERMERAS} = \frac{10.000 \times 80\% \times 2}{220 \times 8 \times 4}$ <p>El único índice que varía en relación a los cálculos anteriores es el número de atenciones de enfermería por cada hora enfermera, que se lo puede estimar de acuerdo al criterio experto de las mismas profesionales en forma global (ej. si cada atención en promedio dura 15 minutos, el número de atenciones será 4 como consta en la fórmula anterior.</p> <p>Otra forma de determinar el número de atenciones de enfermería es estableciendo un promedio ponderado de su atención debido a que estas profesionales realizan varias actividades correlacionadas con la consulta médica:</p> <table border="1" data-bbox="595 1234 1214 1559"> <thead> <tr> <th>ACTIVIDADES</th> <th>% de Consultas médicas</th> <th>Duración minutos</th> <th>Promedio ponderado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pre-consultas</td> <td>100%</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Post-consultas</td> <td>100%</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Inyecciones</td> <td>20%</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Curaciones</td> <td>10%</td> <td>10</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Otras</td> <td>30%</td> <td>10</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td></td> <td></td> <td>15</td> </tr> </tbody> </table> <p>Para hallar el promedio ponderado de la atención de enfermería se procede de la siguiente manera:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En la primera columna enlistar las actividades de enfermería. 2. En la segunda columna poner frente a cada actividad el porcentaje de su frecuencia en relación a la consulta médica. 3. En la tercera columna poner la duración promedio (en minutos) de cada actividad. 4. En la cuarta columna hallar el promedio ponderado de cada actividad: multiplicando 	ACTIVIDADES	% de Consultas médicas	Duración minutos	Promedio ponderado	Pre-consultas	100%	5	5	Post-consultas	100%	5	5	Inyecciones	20%	5	1	Curaciones	10%	10	1	Otras	30%	10	3	Total			15
ACTIVIDADES	% de Consultas médicas	Duración minutos	Promedio ponderado																										
Pre-consultas	100%	5	5																										
Post-consultas	100%	5	5																										
Inyecciones	20%	5	1																										
Curaciones	10%	10	1																										
Otras	30%	10	3																										
Total			15																										

⁷⁶ Ídem 72

		<p>las dos columnas anteriores.</p> <p>5. La sumatoria de los valores calculados en la cuarta columna constituye el promedio ponderado de la atención de enfermería. En el ejemplo 15 minutos, lo que determina que el número de atenciones por cada hora enfermera sea de 60 minutos de cada hora /15 minutos que dura cada atención de enfermería = 4 atenciones de enfermería por hora.</p>
PSICOLOGO Psicólogo		<p>En centros de salud de 8, 12 y 24 horas y dependiendo de la complejidad y capacidad resolutive en hospitales básicos, generales y de especialidad.</p> <p>En centros de salud de 8, 12 y 24 horas y dependiendo de la complejidad y capacidad resolutive en hospitales básicos, generales y de especialidad. Para el primer nivel de atención, el ejemplo del cálculo se lo hace a partir del mismo caso de la población de 10.000 habitantes:</p> $\text{N}^{\circ} \text{ PSICÓLOGOS} = \frac{10.000 \times 22\% \times 4}{220 \times 8 \times 2}$ <p>Los índices que varían en relación a los cálculos anteriores son: Respecto del porcentaje de accesibilidad a servicios de salud mental de primer nivel es de 22%⁷⁷</p> <p>Cálculo del número de atenciones que realiza en el año. Para esto se toma como 4 que es lo mínimo de consultas que se emplea en psicoterapia breve⁷⁸.</p> <p>Número de atenciones de psicología por cada hora, que se lo estima de acuerdo a criterio experto de los profesionales, que en promedio dura entre 45 minutos en primeras consultas y 30 en subsecuentes, por lo cual el número de atenciones será 2 como consta en la fórmula anterior. Otra forma de determinar el número de atenciones de psicología es bajo estándares de atención hospitalaria que es de 1,3 pacientes hora, es decir 45 minutos por paciente.</p> <p>Numerador: DT=TCEP= 10.000 x 0.22 x 4 = 8800 consultas</p>

⁷⁷ En el país no existen datos específicos acerca de la accesibilidad a los servicios de salud mental, por lo cual se ha tomado como referencia este dato de un estudio de Chile, obtenido de una ponencia en un Congreso de salud Mental y psiquiatría. Sepúlveda R., Salud Mental en la Atención Primaria de Salud y su articulación con el nivel secundario de atención. Sociedad Chilena de Salud Mental. 2011

⁷⁸ Hewitt, N;Gantiva, C. La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. Avances en Psicología Latinoamericana. Universidad de Colombia. 2009

	<p>Denominador: TCE md-año= 220 x 8 x 2 = 3520 consultas</p> <p>Resultados:</p> <p>8800 consultas en esta Población / 3520 consultas por cada psicólogo= 2,5 psicólogos De acuerdo a esto el número de habitantes por cada psicólogo sería de 4000. Nota.- De igual manera, en la práctica hay que hacer varios ajustes en estos cálculos como los siguientes:</p> <p>El psicólogo debe distribuir el 50% de su tiempo exclusivamente a la consulta y el resto a actividades extramurales. Puesto que su trabajo implica un nivel de desgaste mayor que el resto de profesionales. En relación a esto, para el psicólogo de primer nivel se tomarán las consultas como ATENCIONES (que incluye actividades de promoción, prevención en todos sus niveles), tanto en la unidad⁷⁹ como las realizadas en la comunidad, a través de actividades como detección precoz de problemas de salud mental en escuelas, colegios, grupos; talleres; colonias vacacionales.</p> <p>Por ello cabe aclarar que por las características del trabajo del psicólogo mencionadas, se anota 30 minutos para la atención, pero está establecido el tiempo de consulta de 45 minutos, que se aplica en las atenciones que realiza el psicólogo en el segundo y tercer nivel de atención.</p> <p>Por tratarse de un Modelo de Atención Integral que aborda los aspectos biológico, psicológico-sociales de la población, se incorporará al trabajo del Equipo Integral al/a psicólogo/a en la proporción de uno por cada dos equipos integrales.</p> <p>se calculara a un psicólogo por cada dos médicos.</p>
ESTIMULACION TEMPRANA Parvulario	En centros de salud de 12 y 24 horas y dependiendo de la complejidad y capacidad resolutive en hospitales básicos, generales y de especialidad.
ODONTOLOGO Odontólogo Odontólogo rural	1 odontólogo por cada 2 médicos en centros de salud de 8, 12 y 24 horas.
OBSTETRIZ Obstetrix Obstetrix rural	1 Obstetrix por cada 2 médicos en centros de salud de 8, 12 y 24 horas y dependiendo de la complejidad y capacidad resolutive en hospitales básicos, generales
AUXILIAR	1 auxiliar por cada 2 médicos en centros de salud de 8, 12 y 24 horas.
TAPS	1 TAPS por cada 3000 población urbano y

⁷⁹ A través de la atención directa en la consulta a usuarios de la unidad.

	<p>1500 población a nivel rural Los cuales se ubicaran en su comunidad de origen en la cual fueron seleccionados y desarrollaran sus actividades.</p>
<p align="center">INDICACIONES IMPORTANTES EN LOS CALCULOS A SER TOMADOS EN CUENTA:⁸⁰</p> <p>1. Días laborables al año: 250 es para la institución (hospital o consultorio) y 220 para el personal(médico, enfermera, etc.).</p> <p>2. De las horas laborables al día del personal (8 horas), hay que considerar que en la práctica, de acuerdo a las políticas de salud y a la realidad local, será necesario aplicar un porcentaje de estas horas para otras actividades (extramurales sobre todo y quizás otras intramurales que no constan en el cálculo: educación, visitas, gestión, tiempo libre, etc.).</p> <p>3. Para otro personal tales como enfermeras, obstetricas, psicólogos y otros profesionales en quienes se puedan identificar sus productos o servicios, se debe aplicar este concepto y fórmula, que se sustentan mejor que un índice global (1 enfermera por médico, o 1 auxiliar u obstetriz por cada 2 médicos) que si tuvieran este sustento estarían bien planteadas.</p> <p>4. Para médicos especialistas en demás niveles es necesario contar con índices de demanda o distribución de la misma por especialidades (podría servir alternativamente el perfil o estructura epidemiológica manejada con criterio clínico-gerencial), luego de lo cual se aplica la misma fórmula.</p>	
<p align="center">EN TODOS LOS CALCULOS SE DEBERA AJUSTAR EL INDICE DE ACCESIBILIDAD Y LOS DIAS LABORADOS</p>	
<p align="center">ADEMAS ESTE EQUIPO DEBE COORDINAR CON: GESTORES COMUNITARIOS DE SALUD</p>	
<p>EDUCADOR PARA LA SALUD*</p>	
<p>PARTERA COMUNITARIA*</p>	
<p>PROMOTOR DE LA SALUD (Líder comunitario)*</p>	

⁸⁰ Ídem 72

**TENDRA EL APOYO DE PERSONAL DE SALUD QUE LABORE EN LAS ZONAS,
DISTRITOS U OTRAS UNIDADES OPERATIVAS:**

De acuerdo a las necesidades del territorio y la planificación de las actividades en la unidad operativa, el Equipo integral de Salud podrá contar con:

- unidades móviles de medicina general, odontología, quirúrgica u oncológica, quienes prestan servicios programados e itinerantes; su misión es extender la cobertura de atención a comunidades distantes y en lugares donde no existan servicios de salud (Ver capítulo ...)
- Psicólogos/as odontólogos/as, nutricionistas, parvularias, terapeutas de lenguaje, tecnólogos/as, trabajadores/as sociales, médicos/as especialistas, obstetrix, inspector/a sanitario, entre otros.
- Personal logístico: choferes, auxiliares administrativos, entre otros
- Además, el equipo integral de salud debe complementarse en caso de ser necesario, con proveedores de medicina ancestral, terapias alternativas según la realidad local.

El personal de apoyo será asignado utilizando los siguientes criterios:

- Planificación del equipo de atención integral
- perfil epidemiológico del territorio en el que actúa el equipo de salud,
- condiciones de acceso de la población,
- densidad poblacional, población y territorios priorizados,
- intervenciones requeridas para las familias y comunidades,
- productividad

Todo el personal de primer nivel de atención debe planificar y realizar actividades extramurales en función a las necesidades de la población.

Las actividades extramurales serán planificadas mensualmente y formarán parte del cronograma general de actividades de la unidad operativa, identificando las responsabilidades y tiempos de cada miembro del equipo.

Tabla 19 Dotación a los equipos integrales de salud de insumos, equipos, materiales y medicinas

<i>b. Dotación a los equipos integrales de salud de insumos, equipos, materiales y medicinas</i>					
ELEMENTOS PERSONALES	ELEMENTOS DE TRABAJO				
	MEDICO	ENFERMERA	ODONTOLOGO	PERSONAL DE APOYO	GESTORES COMUNITARIOS DE SALUD
Mochila	Instrumentos necesarios para levantar la ficha (tablero, lápiz, borrador, esferoográfico, fichas familiares)	Instrumentos necesarios para levantar la ficha (tablero, lápiz, borrador, esferoográfico, fichas familiares)	Instrumentos necesarios para levantar la ficha (tablero, lápiz, borrador, esferoográfico, fichas familiares)	Instrumentos necesarios para levantar la ficha (tablero, lápiz, borrador, esferoográfico, fichas familiares)	Instrumentos necesarios para levantar la ficha (tablero, lápiz, borrador, esferoográfico, fichas familiares)
Chaqueta para aquellos lugares de clima frío					
Camisetas o poncho	Equipo de diagnóstico mínimo (fonendoscopio, estuche de diagnóstico, tensiómetro)	Botiquín de medicinas básico, de acuerdo al perfil epidemiológico de la zona	Equipo portátil	Equipo de diagnóstico mínimo (fonendoscopio, estuche de diagnóstico, tensiómetro)	Formularios de registro
Gorras			Medicación e insumos		Material educativo
Botas de campo	Glucómetro	Balanza portátil	Formularios de registro		Manuales, guías
Poncho de aguas	Formularios de registro	Carnets de vacunación	Manuales guías	Campana de pinar, cinta métrica.	
Carnet de identificación	Manuales Guías	Material educativo		Balanza portátil	
		Termo de vacunas		Formularios de registro	
		Formularios de registro		Manuales Guías	
		Manuales Guías			

Tabla 20 Diagnóstico Situacional

c. Diagnostico Situacional

El desafío del Modelo de Atención es resolver los problemas de salud o las necesidades de la población, potenciando la capacidad de la misma de influir positivamente en su vida y su entorno.

El diagnóstico situacional debe realizarse con la participación de los actores locales y se orienta a identificar las necesidades de salud, los problemas y prioridades de intervención y las potencialidades para el cuidado de la salud, que permitan la construcción participativa del plan estratégico y planes operativos de intervención estableciendo cronogramas y responsabilidades tanto de los equipos de salud como de la comunidad y las instituciones locales.

El diagnóstico de salud es de aproximación a la realidad local, implica contar con información y análisis de los determinantes de la salud a nivel biológico, económico, social, cultural, ambiental, que inciden sobre la calidad de vida y sobre los procesos individuales y colectivos de la salud, la enfermedad, la invalidez o la muerte. El propósito básico del Diagnóstico Situacional es analizar las causas y consecuencias de los procesos salud-enfermedad en la comunidad, así como identificar los problemas y necesidades de intervención de la población.

Guía Metodológica

Pasos para el Diagnostico de la situación inicial de salud⁸¹

Papel del equipo de salud.

El contenido de las sesiones con los actores sociales implicados para definir el análisis de situación de salud en el nivel local, requiere de una excelente conducción por parte del equipo de salud.

El equipo de salud debe manejar con pericia la información relativa a los problemas de salud; y sobre las necesidades de salud de los espacios-población, que, además se complementará con la información de los actores sociales; es decir, estos participaran aportando otras informaciones subjetivas y cualitativas, de gran valor.

- Ejemplos de preguntas para orientar la discusión ampliada
 - ¿Qué y cuáles necesidades de salud se encuentran presentes en las familias y en el resto del sector?
 - ¿Qué factores podrían favorecer que ciertas enfermedades persistan como causa de morbilidad o de mortalidad en un grupo social?
 - ¿Se concentran estas patologías en las familias de riesgo?
 - ¿Cuáles necesidades de salud se repiten por grupo?
 - ¿Cuáles manifestaciones se repiten por grupo?
 - ¿Cuáles son los factores protectores que tiene la comunidad?
 - Otras preguntas que el equipo de salud considere oportunas y pertinentes

Definición:

El diagnóstico de la Situación Inicial de Salud, (DSIS) es el conjunto de aproximaciones a la explicación de la situación de salud – enfermedad de un espacio-población, según sus necesidades por condiciones de vida y los problemas de salud que se generan de las realidades biológicas, sanitaria, sociales, económicas, demográficas, ambientales, culturales y de los servicios. Es un proceso compartido entre actores sociales mediante el cual se describe y explica, en un momento dado, la situación de salud de un espacio- población.

Finalidad:

⁸¹ Formato del ASIS (Anexo 3)

Proporciona información que facilita la toma de decisiones para mejorar la situación de salud.

Caracteriza, mide y explica el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud, así como sus determinantes, sean éstos competencia del sector salud o de otros sectores.

Facilita la identificación de necesidades y prioridades en salud, así como la identificación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto en salud⁸².

Permite y facilita la presentación, distribución y difusión de la información en salud, para coordinar y colaborar intra e intersectorialmente con los actores sociales involucrados.

Aporta evidencia para la planificación, conducción estratégica de la prestación de los servicios y la asignación de recursos a nivel institucional según necesidades reales.

Desarrolla la capacidad de negociación con otros sectores y la comunidad.

Direcciona el desarrollo organizacional: definición de niveles resolutivos, definición de indicadores para el monitoreo y evaluación de los compromisos de gestión.

Permite observar la heterogeneidad de la población, con la finalidad de elaborar respuestas específicas que permitan resolver sus necesidades propias

Objetivo General:

Generar información sobre las condiciones del proceso salud enfermedad de la población y sus determinantes; identificando problemas, riesgos, necesidades y factores protectores a fin de promover respuestas integrales, integradas pertinentes, efectivas y de calidad, por parte de los actores sectoriales, institucionales y ciudadanos

Objetivos Específicos:

- Identificar la magnitud y distribución de los problemas de salud y sus determinantes.
- Actualizar el mapa parlante del espacio población de intervención.
- Elaborar de manera participativa un plan de intervención que permita fortalecer los factores protectores de la salud, pero además mitigar y resolver los riesgos para la salud de la población.
- Elaborar y monitorear el cumplimiento de indicadores, que permitan valorar las respuestas generadas a los problemas de salud.
- Entregar a la Jefatura del Área de Salud, información que le permita elaborar el DSIS del Área.

Ámbitos para realizar el DSIS:

El DSIS se realiza para llenar el primer paso, muy importante, en la planificación y gestión local de la salud. El abordaje se hace desde una división programática de servicios de salud (área de salud), o división político administrativa (parroquial, cantonal, provincial, regional o nivel nacional); cada una de estos ámbitos tiene metodologías y técnicas específicas, tanto cuantitativas como cualitativas, para recopilar, procesar y analizar la información⁸³.

Los actores responsables del DSIS:

El Diagnóstico de Situación de Salud es un proceso práctico donde los actores sociales se involucran para hacer efectiva y real la participación social, con decisión, autonomía y respeto. Estas condiciones generan compromiso hacia la acción y favorecen la construcción social de la salud individual y colectiva.⁸⁴

Actores Sociales:

Se entiende por actor social a los sujetos individuales o colectivos que desde sus intereses, detectan la capacidad de intervenir en forma significativa en una situación, o bien que cuentan con los recursos de poder que los torna

⁸² OPS, 1999

⁸³ CASTILLO, Alcira, Sáenz, Rocío, Céspedes, Virginia, López, M.E. Análisis de Situación de Salud para el sector salud de los EBAIS. Editorial.

EDNASSS. San José, Costa Rica. 2000.

⁸⁴ Ver mapeo de actores

estratégicos en la construcción de un proceso, en este caso el de la construcción colectiva del DSIS. Es importante tener en la unidad de salud un mapeo de actores con representatividad y cuál es su finalidad.

La conformación de los actores sociales puede ser individual o colectiva.

Actor individual es un sujeto que tiene intereses en el área de salud y que ocupa una posición que lo coloca en una situación importante, que tiene peso e influencia en la comunidad. Actor colectivo es una agrupación de sujetos sociales, una organización, institución, etc. que se estructura y representa con actores sociales.

Ej. Individuales: miembros de organizaciones de base comunitaria, líderes comunales, representantes institucionales, líderes religiosos, miembros de la comunidad con intereses en el campo de la salud, personas con discapacidad o sus representante.

Ej. Colectivos: Representantes de Instituciones como los ministerios, u otras Instituciones que pueden ser públicos o privados, ONG, etc.

Actores Institucionales:

Sectoriales de Salud: Son los representantes o funcionarios del sector salud, se debe tomar en cuenta, tanto de los sectores públicos, como privados con y sin fines de lucro.

Extra sectoriales: Representan a organizaciones sociales, con representación local pero que no realizan acciones de salud.

Momentos para la ejecución del DSIS:

El DSIS contribuye a organizar el proceso de búsqueda de información, a orientar el análisis, la síntesis y a la creación, toda vez que se espera que el equipo de salud elabore, indague, profundice, integre y cree una propuesta de transformación de la situación de salud de su comunidad.

- a. Asignación de la Población
- b. Identificación de las necesidades y problemas de la población (demanda)
- c. Identificación de la oferta de servicios de salud públicos y privados
- d. Determinación de prioridades en base a los determinantes de salud y factores de riesgo-protectores.

a. Asignación de la Población.

La unidad geográfico-poblacional	La unidad geográfica poblacional constituye la unidad el espacio básico de gestión de los servicios de salud; Esto es, la ubicación político-administrativa, la ubicación geográfica, los límites, el número de población, los recursos en infraestructura de salud, educación y otros de importancia. El Ministerio de Salud Pública divide el sector salud, en Zonas, Distritos de salud; esto posibilita asignar responsabilidades específicas, identificar y solucionar problemas de salud en la población en un espacio y a una población definida.
Selección del Espacio Población (EEP) y Análisis de la Situación de Salud	Como es lógico pensar, las unidades geográfico-poblacionales, entre más pequeñas sean tienden a ser más homogéneas que aquellas de mayor tamaño espacial y poblacional. Esto es que a cada uno de los espacios-población le podría corresponder diferentes variables o diferentes formas de abordaje de una misma variable; así como distintos procedimientos de recolección de información.
La priorización de los espacios-población (EEP).	Un procedimiento de uso generalizado es identificar los indicadores promedio de desventaja que son altos en los espacios población. Ej. La tasa de mortalidad infantil en el nivel nacional para el año 2007 fue de 18.1 x 1.000 n.v.; en Chimborazo esa misma tasa se calculó

		<p>en 22.8.⁸⁵ Esas desventajas configuran la prioridad, este ejemplo puede servir también para priorizar a nivel local.</p> <p>Otro procedimiento es la utilización de la perspectiva de equidad, la que también aporta criterios para establecer prioridades en los espacios población, con respecto a las causas de enfermedad, lesión, condición o muerte evitable e injusta, cuando se dispone de la tecnología apropiada y los recursos necesarios. Ej. En Ecuador la mortalidad materna, independientemente del lugar donde se produzca, se considera injusta y evitable⁸⁶. El porcentaje nacional de discapacidad es del 12%, si en la comunidad se encuentra un mayor porcentaje, es un criterio de prioridad</p>	
	<p>Características socio demográficas de la población.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Características geográficas: Características históricas, superficie, límites geográficos, red fluvial, componentes hidrográficos, altitud, clima, régimen de lluvias, presencia de sequías, temperatura media. • Grupos prioritarios: etnia, género, generación, discapacidad, violencia • Características demográficas: Población total y según ciclos de vida, sexo, ocupación, número de nacimientos y muertes, tasa de fecundidad, Total de familias, Clasificación de familias por riesgo biológico, sanitario, socioeconómico⁸⁷. • Saneamiento y contaminantes: Fuentes de abastecimiento de agua, Calidad del agua de consumo, acceso de la población, frecuencia del servicio de abasto de agua, eliminación de residuos sólidos urbanos e industriales, etc. • Fuentes de contaminación ambiental: localización, peligros potenciales, fuentes de agua contaminada, etc. 	
	<p>Estructura económica y social</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Este determinante de la salud es muy difícil de medir en realidad pero es necesario al menos evaluar los siguientes aspectos: • Situación laboral de la población: Posibilidad y nivel de empleo, instituciones para el disfrute del tiempo libre. • Trabajadores, jubilados, amas de casa, personas que reciben subsidios o bonos, personas con discapacidad desocupados o desempleados. • Distribución por sectores laborales: Agrícola, Industrial. • Vivienda: Características constructivas de las viviendas. • Recursos de servicios públicos, Transporte público, red vial • Educación: Alfabetización de la población, escolaridad promedio, integración de personas con discapacidad a educación regular, 	

⁸⁵ Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones. INEC 2007

⁸⁶ CASTILLO, Alcira y otros. Sistema de Información en Salud. Módulo No.7. Serie Administración de Sistemas Locales de Salud, Ministerio de Salud. San José, Costa Rica. 1988.

⁸⁷ C.C.S.S. -MINISTERIO DE SALUD, Normas de Atención Integral de Salud, Primer Nivel de Atención, Costa Rica 1995.

		<p>acceso a la enseñanza superior, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prestaciones en Salud: de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación, Unidades de salud pública y privada, como funciona la red de servicios de salud. • Acceso a servicios de la Medicina Ancestral y Alternativas, como se coordina dentro de la red de servicios. • Recursos humanos que prestan atenciones de salud, tanto de tipo occidental como ancestral y alternativo. • Presupuesto, mecanismos, responsables y resultados. 	
	<p>Conducción y participación política</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Política Cantonal de Salud: organización, funcionamiento y adaptación a los lineamientos nacionales. • Ministerio de Salud Pública, IESS y otros: coordinación y convenios. • Política social: problemas y líneas de acción. • Política ambiental: problemas y líneas de acción. • Política de grupos prioritarios: problemas y líneas de acción. • Política de promoción: líneas de acción. • Desconcentración territorial de los servicios: grado de avance. • Organismos multilaterales de cooperación: montos, destinos y avance de proyectos. • Agencias de cooperación externa: montos, destinos, avance de proyectos y alineamiento con las políticas sanitarias locales 	
	<p>Análisis de la Morbi-Mortalidad</p>	<p>a) Morbilidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Morbilidad general, materna e infantil: enfermedades y relación con los servicios • Morbilidad materna: programas y resultados • Morbilidad infantil: programas y resultados • Morbilidad de notificación obligatoria: enfermedades, los servicios • Morbilidad crónico-degenerativa: enfermedades y tendencias • Morbilidad dental: enfermedades y tendencias • Morbilidad por malnutrición: enfermedades, tendencias, servicios • Morbilidad por accidentes y violencia: enfermedades, tendencias, servicios • Morbilidad de adolescentes: programas y resultados • Morbilidad del adulto: programas y resultados • Morbilidad del adulto mayor: programas y resultados • Morbilidad de la etnia indígena: programas y resultados • Morbilidad y complicaciones de personas con discapacidad 	

	<p>b) Mortalidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad general: causas, cambios, tendencias. • Mortalidad materna: causas, evolución y problemas de los servicios y del registro • Mortalidad infantil: causas, evolución, comportamiento temporal y territorial • Mortalidad del adulto mayor: causas, cambios, indicadores, tendencias • Mortalidad por complicaciones de discapacidad • Años de Vida Saludable -AVISA- perdidos: edad promedio de muerte temprana, promedio de AVISA y problemas que ocasionan los AVISA.
Análisis Ambiental	<ul style="list-style-type: none"> • Agua potable: organización, financiamiento, acceso, contaminación, red pública • Eliminación de desechos líquidos: planes, normas de manejo, acceso, red pública • Eliminación de desechos sólidos: planes, normas de manejo, acceso, red pública • Eliminación de desechos sólidos: rellenos sanitarios, vertederos, reciclado e incineración, desechos peligrosos, red pública • Niveles de ruido por fábricas, tráfico, música, altoparlantes.
Análisis de Promoción	<ul style="list-style-type: none"> • Municipio Saludable: aplicación y resultado de las experiencias • Escuelas promotoras de la salud: avance y resultado de las experiencias • Eco clubes: avance y resultado de las experiencias • Auto cuidado y estilos de vida saludables: avances de la difusión y práctica • Educación para la salud: instrumentación y avances • Comunicación social: concertación entre autoridades y medios
Análisis de Prevención	<ul style="list-style-type: none"> • Programas prioritarios: numero, características, organización, cobertura y problemas • Programas prioritarios: impacto en la reducción de morbilidad y mortalidad • Programas prioritarios: satisfacción de usuarios y participación social • Factores de riesgo de grupos vulnerables: programas y resultados.
Análisis de los Servicios de Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Grado de avance en la extensión de cobertura. • Red de establecimientos: oferta y necesidades • Red de establecimientos: estructura, proceso y resultados • Sistema de información: confiabilidad, oportunidad, pertinencia e integración • Tecnología de información: equipamiento, competencia de los responsables • Servicios de salud ancestral y alternativa.
Análisis de la	

Participación Social	<ul style="list-style-type: none"> • Gremios y sindicatos: nivel de intervención e impacto • Asociaciones ciudadanas y grupos de auto cuidado: avances en veeduría y apoyo social • Comunidad: apropiación, gestión participativa • Comités local de salud • Organizaciones Indígenas • Organizaciones de personas con discapacidad
Análisis de la regulación sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinación sectorial, sala situacional • Implantación de normas: avances, problemas y causas • Transferencia de competencias: conflictos y causas • Vigilancia sanitaria: inspección, medidas correctivas, sanciones • Sistema Común de Información: integración, confiabilidad, actualización, pertinencia, validación

b. Identificación de las necesidades y problemas de la población (DEMANDA).

Las necesidades de salud no se resuelven sólo con la intervención de los servicios de salud, se requiere de acciones intersectoriales, por lo tanto los servicios de salud deben responder a una demanda que presenta: aumento de los costos en salud, el envejecimiento de la población, el cambio del perfil epidemiológico, los cambios sociales y culturales de los usuarios del sistema, la presencia de nuevas tecnologías en salud y el modelo de atención que prioriza la promoción y prevención por sobre la curación.

Definición de problemas de salud	<p>Por problemas de salud, entenderemos la brecha existente entre lo que un determinado actor social espera encontrar y lo que en realidad existe.</p> <p>Tradicionalmente los problemas de salud, entendidos como enfermedades, lesiones, condiciones o causas de muerte se enmarcaron en la dimensión bio- lógica o curativa. Esa forma de entender la salud de alguna manera dejaba las soluciones sólo en las manos del sector salud, en la actualidad se tienen otras claridades y abordajes, en especial porque se sabe que los problemas de salud trascienden la dimensión biológica y la de los servicios de salud, pues necesariamente involucran a otros actores sociales.</p>
Características de los problemas de salud ⁸⁸	<ul style="list-style-type: none"> • Dimensión subjetiva <p>Los problemas de salud tienen en su definición una dimensión subjetiva que la aportan los actores sociales concernidos y no puede ser obviada. Ej. El embarazo en jóvenes adolescente en las comunidades rurales, tiene una percepción diferente del embarazo en muchachas de colegio de secundaria en el centro de la ciudad; por tanto, la priorización de este problema de salud, podría ser diferente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Periodo

⁸⁸ O.P.S./O.M.S., Promoción de la salud y equidad en la transformación productiva. División de Promoción y Protección de la Salud.. Washington D.C. 1993.

		<p>Los problemas de salud también se pueden identificar por los diferentes períodos del proceso salud-enfermedad (temprana, tardía). Ej. El cáncer de cérvix en mujeres en la provincia de El Oro (tardío - curativo). Mujeres con baja cobertura de (DOC) Papanicolaou en la provincia de El Oro (temprano - preventivo).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Potencialidad <p>Los problemas de salud pueden ser identificados también como problema potencial (procesos que significan mayor riesgo) como los indicadores de condiciones de vida que se relacionan con los procesos patológicos. Ej. El saneamiento básico y su relación con el aumento del dengue, malaria o la parasitosis⁸⁹</p> <ul style="list-style-type: none"> • Productos finales <p>En general los problemas de salud se consideran productos finales, es decir, causas de muerte, enfermedades y accidentes, en los diferentes grupos sociales. Ej. Si la mortalidad infantil fuera un problema identificado (muertes), convendría incorporar otros indicadores de morbilidad asociados y los relativos al control prenatal.</p>	
	Necesidades de salud	<p>Se operacionalizan con indicadores que expresan situaciones particulares en cada una de las dimensiones de las condiciones de vida: biológica, sanitaria, socio económica, ambiente, y conducta en el ámbito de la salud.</p> <p>Este momento se construye con cuatro pasos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descripción de las necesidades de salud, según la categoría de condiciones de vida (dimensiones) en el espacio población. • Identificación de las familias prioritarias, según riesgo familiar o necesidades de salud, • Ubicación de las familias en el espacio-población o unidad geográfica poblacional, la elaboración del mapa parlante con las familias de riesgo es importante. • La elaboración del mapa parlante es un paso importante en el DSIS. 	
<p>c. Identificación de la situación de la oferta de los servicios de salud⁹⁰</p> <p>Cada institución del sector salud, mantiene un esquema de organización, gestión, provisión y financiamiento. Los servicios del MSP están organizados por niveles de complejidad:</p> <p>I Nivel: El I nivel (complejidad baja), se encuentran los puestos de salud, subcentros 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. Todos promueven acciones básicas de saneamiento ambiental y participación comunitaria.</p> <p>II Nivel: El II nivel (complejidad intermedia), conformados por hospitales básicos y hospitales generales, que además de la atención de I nivel, ofrecen hospitalización de corta estancia. El hospital básico ofrece atención ambulatoria y hospitalaria de medicina general, Gineco-obstetricia, pediatría y cirugía. El hospital general ofrece,</p>			

⁸⁹ República del Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Programa de Extensión de Cobertura en Salud. MSP, OPS/DMS, MODERSA, Mayo de 2004

⁹⁰ Para ampliar el tema revisar documento del MSP-Ecuador: O.P.S./O.M.S., Resúmenes Metodológicos en Epidemiología: Análisis de la situación de salud (ASIS), Boletín Epidemiológico, Vol 20. 20 No. 3, septiembre 1999.

además de lo mencionado, especialidades de acuerdo a su perfil epidemiológico y auxiliares diagnósticos y tratamiento de mayor complejidad. Los consultorios de especialidad clínico-quirúrgicos y los centros de especialidades, y los hospitales del día son parte de este nivel.

III Nivel: El III nivel (complejidad alta), compuesto por los hospitales especializados y de especialidad, y los centros especializados que ofrecen hospitalización en una especialidad o subespecialidad y atiende a toda la población del país a través de referencia, además realizan docencia e investigación, están ubicadas en ciudades consideradas como polos de desarrollo y de mayor concentración poblacional.

Oferta de Servicios	<p>La oferta de servicios del MSP deben estar en estrecha coordinación con otras instituciones públicas (IESS, Policía, Militares, Junta de Beneficencia de Guayaquil, SOLCA, Instituciones municipales, etc.) y privadas.</p> <p>El MSP tiene el mayor número de unidades de salud en los niveles I, II, III. El sector privado está integrado por entidades privadas con fines de lucro (hospitales, clínicas, dispensarios, centros especializados, consultorios, farmacias e instituciones de medicina prepagada) y los servicios de salud de organizaciones privadas sin fines de lucro como ONG, organizaciones populares de servicios médicos, asociaciones de servicio social, etc.</p>
Calidad de los servicios	<p>Es importante conocer la calidad de los servicios que tanto el servicio público como el servicio privado brinda a la comunidad y un punto importante es el licenciamiento completo de las red de servicios unidades operativas y conocer si han completado un licenciamiento completo, licenciamiento condicional o si existen unidades de salud que no han cumplido el proceso de licenciamiento o no están licenciadas⁹¹.</p>

⁹¹ Consultar Licenciamiento del MSP.

d. Determinantes de la Salud y Determinación de prioridades

<p>Identificación de los determinantes de la salud y priorización de los problemas de salud</p>	<p>Este paso se relaciona con la identificación y caracterización de la morbilidad, la mortalidad, u otras condiciones de salud en el área para identificar los problemas de salud que más intervienen en la comunidad. Adicionalmente se debe identificar los problemas de la oferta para resolver los problemas de la demanda, basados en información objetiva (indicadores, índices etc.) y sustentada.</p> <p>La búsqueda de la información necesaria para caracterizarlos en el ASIS es tarea del equipo de salud y existen varias fuentes de información, como el mismo MSP, otros ministerios, Instituciones como los gobiernos locales, ONGs que trabajan en la comunidad, grupos focales o líderes comunitarios locales, diagnósticos de salud de las organizaciones indígenas.</p>
<p>Selección de las causas de morbilidad, mortalidad y otras condiciones</p>	<p>La selección de las causas de morbilidad, mortalidad y otras condiciones, puede hacerse por el criterio de frecuencia en el espacio-población. Se utiliza también el criterio de causa evitable, esta última tiene un gran potencial para abordar la salud con enfoque de equidad.</p> <p>Además, las causas se seleccionarán haciendo uso del peso que tengan al distribuirse por grupos etarios, por sexo, etnia y por ocupación (cuando tenga implicaciones biológicas o sociales importantes), según las condiciones de vida, o sea, por los grupos sociales de pertenencia en sus propios espacios-población.</p>
<p>Matriz de Priorización</p>	<p>Resulta imposible abordar al mismo tiempo y con igual dedicación todos los problemas o requerimientos de una comunidad. Los criterios que deben ser utilizados para la priorización son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Magnitud.- A cuantos afecta o involucra el problema • Frecuencia.- Cuantas veces se repite o presenta el problema • Gravedad.- Cuanto o en qué nivel compromete la salud individual, familiar o comunitaria • Factibilidad de cambio.- Condiciones políticas, socio-culturales y administrativo-organizativas que influyen en la resolución del problema. <p>Su técnica consiste en seleccionar un grupo de criterios y otorgarle un valor que puede ser 0, 1 o 2 para cada uno de los problemas analizados.</p> <p>La puntuación mayor, es decir; dos puntos, se le otorga a: alta gravedad, alto número de casos (frecuencia) alta repercusión en la población, factibilidad de cambio de acuerdo a los recursos disponibles, tendencia ascendente. Los otros valores, es decir; 1 y 0, se le otorgan a los que cumplan los requisitos en parte o no lo cumplan,</p>

respectivamente⁹².

Estos valores dado por cada participante, que realiza el DSIS es sumado por el moderador y posteriormente se obtiene la puntuación promedio para cada criterio en cada problema, la cual se coloca en la matriz confeccionada.

Cuando concluye esta operación con todos los criterios y todos los problemas, se suman los valores obtenidos para cada criterio, con el fin de obtener la puntuación que corresponde a cada problema. Seguidamente los problemas se ubican comenzando por el de mayor puntuación y terminando por el de menor, quedando organizados así por orden de prioridad.

Ejemplo de matriz de priorización:

Problema de salud o de servicio de salud	Magnitud	Frecuencia	Gravedad	Factibilidad de cambio	Valor Total
1. Mala calidad de agua en la comunidad de Tupigachí.	2	2	2	1	7
2. Alta prevalencia de Infecciones respiratorias agudas en niños.	1	2	1	1	5

Una vez definidos los problemas priorizados, con amplia participación comunitaria, estos se integran hacia hipótesis diagnósticas mediante el análisis de la información pertinente, estableciendo entre ellos una correlación lógica y justificada.

La enumeración ordenada y unificada de los grupos relacionados de problemas conduce el pensamiento hacia diagnósticos situacionales. Las hipótesis dudosas o no confirmadas deben ser aclaradas mediante la recopilación de información estadística adicional.

El diagnóstico situacional orienta la formulación del plan de intervenciones diseñado para resolver los problemas planteados, aplicando la guía metodológica incluida en el conjunto de instrumentos operativos para el monitoreo y la evaluación que se encuentra en la planificación⁹³.

⁹² Pria, M. del C. Bernal, I. Guía para la elaboración del Análisis de la situación de salud en la atención primaria. Revista cubana de medicina integral. 2006

⁹³ SAENZ, Lenin. Cantones Prioritarios en Salud. Documento Unidad Sectorial de Planificación, Ministerio de Salud, San José, Costa Rica.

Tabla 21 Diagnóstico Dinámico

d. Diagnostico Dinámico

El objetivo del diagnóstico dinámico es ir actualizando el diagnóstico situacional inicial en forma permanente, además de identificar oportunamente a los individuos y familias sanas y con posibles y potenciales riesgos, a los cuales mediante una planificación adecuada, se brindará intervenciones oportunas para el cuidado de su salud.

El diagnóstico dinámico se realizará a través de la siguiente información:

- ✓ Actualización del censo
- ✓ Mapeo de actores
- ✓ Mana narlante

Guía Metodológica

1.

ACTUALIZACIÓN DEL CENSO POBLACIONAL.-

- a. Actualización del censo: una vez realizado los censos para ajuste poblacional llevada a cabo por el distrito, se entregará a cada unidad para su actualización semestral.
- b. El equipo integral de salud deberá contar con información actualizada sobre:
 - Individuos sanos, con riesgo, con enfermedad y con discapacidad (consta en la ficha familiar).
 - Familias sanas, con riesgo, enfermedad, discapacidad
 - Embarazadas
 - Menores de un año
 - Adultos mayores
 - Personas con discapacidad
 - Fallecimientos
 - Personas con problemas de salud mental
 - Personas expuestas a violencia intrafamiliar y maltrato infantil
 - Personas y familias que requieren cuidados paliativos
 - Otros de acuerdo a la realidad local. Por ej. Mordeduras de serpientes, epistotias⁹⁴.

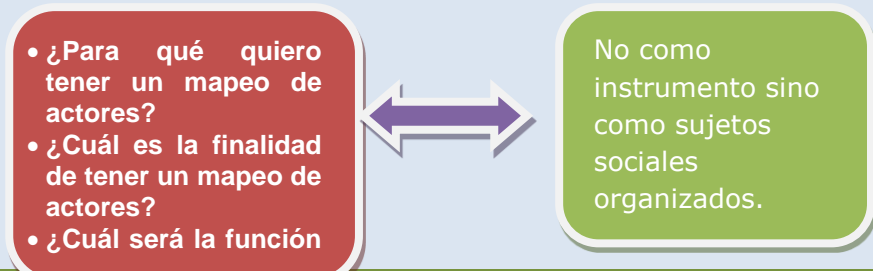
Esta información deberá ser actualizada por el TAPS y constará en el cuaderno del TAPS **ANEXO 5**
El equipo de salud una vez que recibe esta información:

- ✓ programará las acciones pertinentes: visita domiciliarias, brigadas medicas, ferias de salud entre otras, además deberá levantar las fichas familiares respectivas de los casos notificados por el TAPS.
- ✓ Atenderá en la unidad operativa y tomará los diagnósticos atendidos por morbilidad a partir de los partes diarios, SIVE Alerta y EPI 2, registros de referencia y contra referencia, Historias de vida, diarios de campo (cuaderno epidemiológico) del TAPS y/o promotor de salud.

⁹⁴ [Enfermedad](#) que afecta simultáneamente gran número de animales de la misma especie o de especies diferentes. Por ejemplo: rabia, gripe aviar, porcina.

Tabla 22 Mapeo de Actores – Mapa Parlante

e. Mapeo De Actores
Definición:
Es el proceso que permite identificar las relaciones de las personas, sociedad civil organizada, delegaciones de gobierno, instituciones educativas, municipalidades, agencias de cooperación técnica; los niveles de poder y la posición en términos de apoyo indiferencia u oposición respecto de un “OBJETIVO CONCRETO” que se construye alrededor de una nueva forma de hacer salud, el nuevo Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural. Se basa en:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Levantamiento de información de actores individuales y colectivos con su representatividad y finalidad. 2. Clasificar los actores por las acciones y los objetivos de su participación 3. Identificar funciones y roles de cada actor. 4. Análisis de actores: relaciones predominantes, jerarquización del poder 5. Relaciones sociales de los actores.
Objetivo general:
Identificar a los actores públicos, privados y sociales que están involucrados en el desarrollo del espacio territorial asignado, sus proyectos y relaciones, acordando con quienes de ellos sería favorable concertar y coordinar las acciones locales.
Objetivos específicos:
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar a los distintos actores públicos, privados, sociales que están involucrados en los procesos de salud en un espacio población de cobertura. • Conocer las relaciones y acciones que desempeñan los actores en el ámbito territorial prevaleciendo la sinergia y cooperación . • Realizar un análisis que permita la toma de decisiones concertadas, con respecto a mejorar la calidad de vida de la población. • Fortalecer la rectoría en salud a través de la conformación de la red de actores locales.
Metodología:
Para elaborar el Mapa de Actores y Relaciones se debe:
Socializar y sensibilizar la participación activa y empoderamiento de acciones encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población.
Identificar funciones, roles y mandatos de los principales actores públicos, privados y sociales involucrados en los procesos salud enfermedad del territorio para conformar una red de servicios con lineamientos enfocados al desarrollo común de la población en su ámbito geográfico No olvide incluirse y/o incluir a su organización en el mapa.
Analizar el rol de los actores tanto en el diagnóstico, planificación y evaluación en el proceso de desarrollo y mejoramiento de la salud
Resultado esperado y forma de presentación:
El resultado esperado es haber conocido los roles, posición y potencial de competitividad para generar acciones conjuntas en un futuro cercano. Para ver la utilidad en la solución de los problemas de salud, es necesario preguntarnos:
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son las instituciones que tienen mayor liderazgo en el territorio para fomentar el proceso que iniciamos? y ¿quiénes pueden ser? • ¿Con cuáles de ellos estaríamos dispuestos a hacer alianzas? • ¿Cuál es la posición de nuestra organización dentro de este Mapa de Actores?

<ul style="list-style-type: none"> • ¿Existen espacios de concertación en el territorio que puedan ser aprovechados para la puesta en marcha de iniciativas locales? 	
Pasos para realizar el mapa de actores:	
Paso 1	<p>Objetivo concreto:</p> <p>Definir el “OBJETIVO CONCRETO” y realizar la clasificación de actores. El Equipo Integral de Salud debe definir desde su inicio.</p>
	
	<p>Y determinar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que instituciones, grupos organizados o personas individuales, forman parte del Sistema Nacional de Salud, es por ello que el mapeo se hace necesario para identificar en forma concreta los posibles actores que se vincularán, que tipo de relaciones se establecerá con ellos y cuál será el nivel de participación de cada uno. • Mediante una lluvia de ideas hacer un listado de los diferentes actores que tiene una influencia positiva, negativa o neutral en la propuesta de intervención, investigación, proyecto o programa. Luego clasificarlos por grupos de actores, con la finalidad de hacer un reconocimiento de los más importantes que intervienen en la propuesta, se plantea la siguiente clasificación de grupo de actores. <ol style="list-style-type: none"> 1. Instituciones públicas, conformadas por las entidades de gobiernos locales y/o centrales. 2. Instituciones privadas, conformadas por empresas privadas que puedan contribuir y/o participar en el proyecto. 3. Organizaciones sin fines de lucro. conformadas por las Organizaciones no Gubernamentales (ONGs). 4. Organizaciones sociales 5. Profesionales de la salud en su práctica privada, incluyendo servicios de estimulación temprana, consultorios médicos, de obstétricas, terapias varias, rehabilitación, cuidados paliativos, proveedores de medicinas alternativas.
Paso 2	<p>Identificación de funciones de cada actor</p> <p>El objetivo es reconocer las principales funciones de los actores sociales e institucionales en la propuesta de intervención; así como identificar las posibles acciones que podrían desarrollar los mismos perfilando una red de alianzas interinstitucionales en relación con la propuesta de organizar la Red Pública y Complementaria de Salud</p>
Paso 3	<p>Análisis de los actores</p> <p>Realizar el análisis de los actores siguiendo las dos siguientes categorías planteadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relaciones predominantes • Niveles o jerarquización de poder <p>Con ello se busca realizar un análisis cualitativo de los diferentes actores de cara a los procesos participativos.</p>

	<p>Relaciones predominantes:</p> <p>Se definen como las relaciones de afinidad (confianza) frente a los opuestos (conflicto), en la conformación de la Red Pública y Complementaria en Salud. Se considera los siguientes aspectos:</p> <ol style="list-style-type: none"> A favor: predomina las relaciones de confianza y colaboración mutua Indeciso/indiferente: Predomina las relaciones de afinidad pero existe una mayor incidencia de las relaciones antagónicas. En contra: el predominio de relaciones es de conflicto. <p>Jerarquización del poder:</p> <p>Se define como la capacidad del actor de limitar o facilitar las acciones que se emprenda con la intervención. Se considera los siguientes niveles de poder:</p> <ol style="list-style-type: none"> Alto: predomina una alta influencia sobre los demás. Medio: La influencia es medianamente aceptada. Bajo: no hay influencia sobre los demás actores. 												
<p>Paso 4</p>	<p>Elaboración de la Matriz de Mapa de actores</p> <p>Elaborar un cuadro de doble entrada en donde cada columna (eje vertical) esté determinada por los tres grados de poder que puede poseer cada actor (alto, medio, bajo) y cada fila (eje horizontal) este identificada por la posición de cada actor respecto a la propuesta de conformar la Red Pública y Complementaria (a favor, indiferentes y opuestos).</p> <p>Mediante la discusión entre los participantes, se procederá a la ubicación de cada actor identificado en el cuadro de acuerdo con su nivel de posición y grado de poder, de tal manera, ir tejiendo el mapa de actores</p> <table border="1" data-bbox="411 1178 1422 1720"> <thead> <tr> <th>GRUPO DE ACTORES SOCIALES</th> <th>ACTOR O REPRESENTANTE</th> <th>ROL / FUNCION EN EL PROYECTO</th> <th>POSIBLE ACCIÓN O INTERESES</th> <th>RELACIÓN PREDOMINANTE</th> <th>JERARQUIZACIÓN DE SU PODER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Clasificación de los diferentes actores sociales en un espacio preciso</td> <td>Conjunto de personas con intereses homogéneos que participan en un proyecto o propuesta NOMBRE</td> <td>Funciones que desempeña cada actor y el objetivo que persigue con sus acciones</td> <td></td> <td>Se define como las relaciones de afinidad (confianza) frente a los opuestos (conflicto) 1. A FAVOR 2. INDIFERENTE 3. EN CONTRA</td> <td>Capacidad del actor de limitar o facilitar las acciones 1.ALTO 2.MEDIO 3. BAJO</td> </tr> </tbody> </table>	GRUPO DE ACTORES SOCIALES	ACTOR O REPRESENTANTE	ROL / FUNCION EN EL PROYECTO	POSIBLE ACCIÓN O INTERESES	RELACIÓN PREDOMINANTE	JERARQUIZACIÓN DE SU PODER	Clasificación de los diferentes actores sociales en un espacio preciso	Conjunto de personas con intereses homogéneos que participan en un proyecto o propuesta NOMBRE	Funciones que desempeña cada actor y el objetivo que persigue con sus acciones		Se define como las relaciones de afinidad (confianza) frente a los opuestos (conflicto) 1. A FAVOR 2. INDIFERENTE 3. EN CONTRA	Capacidad del actor de limitar o facilitar las acciones 1.ALTO 2.MEDIO 3. BAJO
GRUPO DE ACTORES SOCIALES	ACTOR O REPRESENTANTE	ROL / FUNCION EN EL PROYECTO	POSIBLE ACCIÓN O INTERESES	RELACIÓN PREDOMINANTE	JERARQUIZACIÓN DE SU PODER								
Clasificación de los diferentes actores sociales en un espacio preciso	Conjunto de personas con intereses homogéneos que participan en un proyecto o propuesta NOMBRE	Funciones que desempeña cada actor y el objetivo que persigue con sus acciones		Se define como las relaciones de afinidad (confianza) frente a los opuestos (conflicto) 1. A FAVOR 2. INDIFERENTE 3. EN CONTRA	Capacidad del actor de limitar o facilitar las acciones 1.ALTO 2.MEDIO 3. BAJO								
<p>Paso 5</p>	<p>Reconocimiento de las relaciones de coordinación:</p> <p>El propósito es identificar y analizar el tipo de relaciones que existen entre los diferentes actores identificados, por ejemplo: relación fuerte de coordinación y trabajo conjunto, relación débil con poca o casi ninguna coordinación y relación de conflicto. Se plantea los siguientes niveles de relaciones sociales.</p> <ul style="list-style-type: none"> Relaciones de fuerte colaboración y coordinación Relaciones débiles o puntuales 												

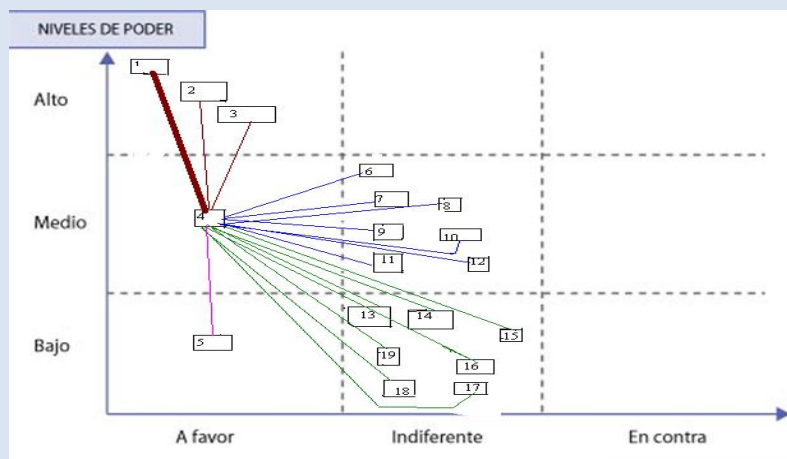
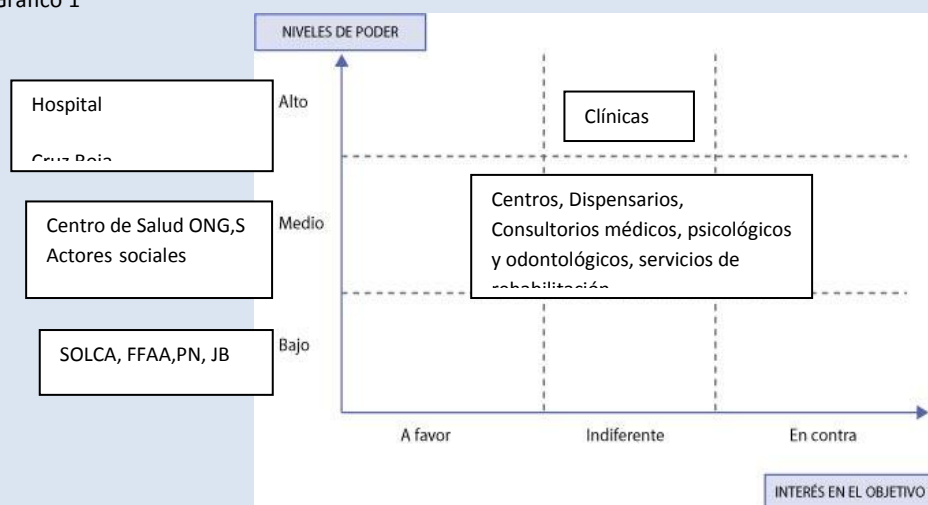
- Relaciones de conflicto

Paso 6.

Reconocimiento de las redes sociales existentes:

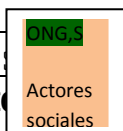
Se identifica las redes existentes y el conjunto de acciones que deben tomar. Por ejemplo se puede identificar redes sociales que coordinan actividades en común para la gestión de riesgos en su comunidad, grupos que presentan relaciones que requieren ser fortalecidos y los que presentan relaciones de conflicto. A partir de ello se puede plantear estrategias para trabajar con las redes consolidadas y para fortalecer las relaciones entre los grupos que presentan relaciones débiles.⁹⁵

Gráfico 1



Buenas relaciones de colaboración —————
 *Poca relación ————— (*en caso de vacunas)
 Ninguna relación (sin conflicto) —————

⁹⁵ Elaborado por Antonio Pozo... enero 2007 <http://www.preval.org/boletin/index.php?boletin=85>



<p>Listado de Instituciones</p> <p>1 Hospital General 2 IESS</p> <p>3 Cruz Roja</p> <p>4 Centro de Salud</p> <p>5 SOLCA, FFAA, PN, JB</p>	<p>Clínicas</p> <p>6 Los Andes</p> <p>7 Sta. Cecilia</p> <p>8 La FAE</p> <p>9 Continental</p> <p>10 Latacunga</p> <p>11 San Agustín</p>	<p>12 CEMEDIC</p> <p>13 Centros Médicos</p> <p>14 Dispensarios médicos</p> <p>15. Consultorios obstétricos y/médicos</p> <p>16 Consultorios odontológicos</p> <p>17 Consultorios psicológicos</p> <p>18 Servicios de rehabilitación</p> <p>19 ONG;s.</p> <p>20 Actores sociales</p>
---	---	---

f. Mapa Parlante

Los mapas parlantes son instrumentos técnicos y metodológicos que permiten conocer en forma gráfica a los actores sociales, el proceso vivido por los actores locales, los factores de riesgo y de protección: ambiental, estilos de vida, sanitario y biológico.

Para la elaboración de los mapas parlantes se debe utilizar los mapas disponibles en el distrito, o a su vez se los elabora conjuntamente con la población en talleres, asambleas.

La elaboración del mapa base deberá partir dentro de lo posible, de documentos cartográficos existentes y actualizados. A continuación se listan varias instituciones que disponen de cartografía que pueden servir de base para que el equipo de salud construya el mapa parlante.

- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, INEC, que dispone de mapas y planos censales urbanos y rurales.
- Instituto Geográfico Militar, IGM, dispone de mapas planimétricos.
- Municipios, Consejos Provinciales y Juntas Parroquiales disponen de planos y mapas, fundamentalmente sus departamentos de Planificación y Catastros.
- Empresas de Agua Potable y Luz Eléctrica.
- Sistema Nacional de Erradicación de la Malaria, Sobre todo en zonas rurales de la costa.
- Se puede imprimir bajando el mapa de internet.

El mapa parlante será actualizado periódicamente con los datos obtenidos de los diagnósticos dinámicos. Los pasos a seguir para la elaboración del mapa son los siguientes:

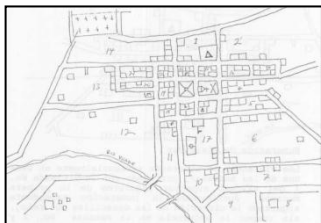
COMO ELABORAR EL MAPA PARLANTE:

Paso 1. Elaboración del croquis:

Se elabora el gráfico o dibujo a partir de uno o más documentos cartográficos señalados anteriormente, se identifican accidentes geográficos, ríos, quebradas, las vías de comunicación, fuentes acuíferas, áreas de cultivo, áreas de pastoreo, áreas forestales, las viviendas, unidades de salud, unidades educativas, edificios importantes, mercados, entre otros.

Su dimensión es de: 1.20 m. de largo por 90 cm ancho.

**Paso 2. Proceso para la sectorización urbana y rural
Numeración de manzanas**



La numeración de las manzanas se utilizara la existente y asignada por los gobiernos locales, de no existir se realizará en dependencia de la ubicación de la unidad operativa:

Si la unidad se encuentra ubicada en el centro de la zona de cobertura la numeración es en sentido centrifugo (de adentro hacia afuera) y siguiendo la dirección de la manecillas del reloj, se utilizará los números arábigos 1,2,3,4

Si la unidad se encuentra en la periferia la numeración es centrípeta es decir de fuera hacia adentro siguiendo las manecillas de reloj.



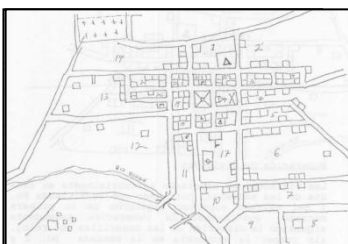
Numeración de sectores:

La zona de cobertura se subdivide en cuatro sectores, apoyándose en los accidentes naturales (calles, avenidas, quebradas, ríos, etc.) que pudieran existir; cada uno de ellos se identificaran con números romanos y de manera secuencial siguiendo las manecillas del reloj.

Esta subdivisión es facultativa pues a nivel de zonas rurales de población dispersa, suele resultar muy difícil esta subdivisión.

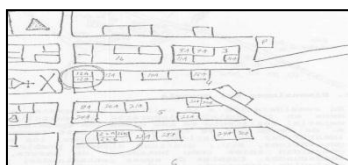
Cuando sea posible sobre todo en zonas urbanas, hay que tratar de que cada sector tenga un número similar de manzanas.

Numeración de viviendas



Las viviendas se numeraran secuencialmente en cada una de las manzanas, partiendo con la vivienda No. 1 del extremo superior izquierdo de la primera manzana, continuando la numeración ascendente siguiendo la dirección de las manecillas del reloj, sin romper la secuencia en la manzana No. 2 y subsiguientes.

Los lotes baldíos y las casas en construcción no recibirán numeración.



Identificación de Familias

A cada familia se le asignará un orden numérico (números y letras mayúsculas); el numero será el mismo asignado a la vivienda, acompañado de la letra A. Cuando exista dos o más familias habitando en la vivienda, se mantendrá el mismo número y se añadirá la letra que corresponda, en orden alfabético.

Sectorización en áreas dispersas:

Generalmente no existen manzanas y es difícil o imposible conformar sectores, en estos casos para la identificación y numeración de las viviendas pueden servir los referentes locales como accidentes geográficos, vías de comunicación etc.; o cualquier otra que se adecue más a la realidad local. Lo importante es que exista la máxima claridad en el diseño del mapa del territorio que debe cubrir el equipo de salud.

En los centros rurales a menudo deben realizarse varios croquis. El primero de ellos es global, poco detallado e identifica todas las poblaciones y comunidades de la zona de influencia. Los demás deben elaborarse para cada población y comunidad con el debido detalle.

Paso 3. Identificación de sectores y familias de riesgo.

Se realiza una convocatoria a los actores de la Red a los cuales se les socializa el proceso de construcción y/o actualización de los mapas parlantes enfatizando al mismo tiempo la importancia de la participación organizada en la construcción de dichos instrumentos, la utilidad en los diagnósticos, auto evaluación progresiva y la utilidad para permitir una planificación que mejore la salud de la población.

Al grupo de actores se le presenta el mapa debidamente sectorizado y numerado de las manzanas y viviendas; se solicita entonces que identifique en los sectores cuales son los de mayor riesgo utilizando la siguiente matriz. A cada uno de los criterios se le dará una valoración de manera semi-cuantitativa utilizando la escala de Liker: 1 (bajo), 2 (medio), 3 (alto) con votación individual de los integrantes del grupo, luego se sumarán horizontalmente y el resultado se lo ubicará en la columna total. El sector de mayor puntuación será entonces la base de trabajo del equipo y la comunidad.

Ejemplo:

EJEMPLO DE SELECCIÓN DE SECTORES PRIORITARIOS

SECTORES	DIFÍCIL ACCESO GEOGRÁFICO A SERVICIOS DE SALUD	POBREZA	AGUA INSEGURA	ELIMINACIÓN INADECUADA DE BASURA	TOTAL	ORDEN DE PRIORIDAD
SECTOR I	3+3+3=9	=3	=5	=4	21	3
SECTOR II	=12	=8	=9	=9	38	2
SECTOR III	=18	=12	=12	=14	56	1
SECTOR IV	=3	=2	=6	=3	14	4

Elaborado por: Equipo SEPPS 2011

Luego se solicita a los participantes que identifique familias que ellos las consideren de riesgo dentro de su comunidad, estas serán ubicadas en el mapa para su posterior diagnóstico a través de la ficha familiar (SELECCIÓN POR LA COMUNIDAD,) y seguimiento.

Simbología.



Es necesario adoptar un sistema de símbolos estandarizados para dar a conocer en el mapa parlante los límites político administrativos de la comunidad para lo cual se tomará como referencia la simbología de la cartografía de los gobiernos locales.

Para la presentación de mapas existe una simbología internacional que permite una comunicación más adecuada de lo que queremos representar. Para que la representación nos facilite aún más la identificación de las características del terreno, se utilizan colores o tintas que más se asemejen a los que en realidad tienen los objetos o rasgos considerados.

Entre estos colores usados convencionalmente, tenemos:

- ✓ Verde: Para las vegetaciones tales como bosques, huertos, campos cultivados, viñas,
- ✓ Negro: Para las curvas de nivel, ciudades, edificios, líneas férreas, límites de estados, distritos, etc., nombres en general, etc.
- ✓ Azul: Para todo lo que se refiere al agua: ríos, lagos, mares, océanos, lagunas, etc.
- ✓ Rojo: Para ciertas vías de comunicación, asentamientos humanos, servicios, institutos educacionales, instalaciones industriales etc.

El Mapa de riesgos del entorno: describen probabilidades de ocurrencias de eventos o fenómenos naturales: Ej. Inundaciones, terremotos, erupciones, deslaves. Para el efecto se dispondrá de instrumentos relacionados al tema⁹⁶.

Los diagramas históricos: describen la evolución histórica de la comunidad en términos de los cambios del entorno tales como: agricultura, forestación, medio ambiente, flora, fauna, cambios climáticos.

Entre las simbologías más frecuentes utilizadas en la elaboración de los mapas parlantes encontramos:

	ESTANQUE RIO Ó LAGO		PEQUEÑA CIÉNAGA	Elementos construidos Elementos de agua
	CHARCA		TERRENO FIRME EN CIÉNAGA	
	BALSA DE AGUA		FUENTE, POZO	Panamericana Panamericana en construcción Carretera general Carretera general en construcción Carretera secundaria Carretera secundaria en construcción Camino grande, pista forestal Camino pequeño Senda grande Senda pequeña Senda poco visible Carril visible en zona de tala
	ARROYO		MANANTIAL	
	CANAL, ACEQUIA		SURCO PANTANOSO	
	TIERRA PANTANOSA		CURSO TEMPORAL DE AGUA	

Simbología unidades operativas públicas y privadas por Niveles de Atención

SERVICIOS INSTITUCION	I NIVEL	II NIVEL	III NIVEL
MINISTERIO DE SALUD	P.S. S.C.S. C.S.	HOSP. BASIC. HOSP. GEN.	HOSP. ESP. HOSP. ESPC.
SEGURIDAD SOCIAL	D.S.-S.C. Un.ALA. C.ALA.	HOSP. NV. I HOSP. NV. II	HOSP. TERCER NV.
FUERZAS ARMADAS	DISPENSARIO POLICLINICO	CLINICA HOSP. BRIGADA	HOSP. GENERAL
POLICIA	S.C.S. C.S.	HOSP. PROV.	HOSP. NAC.
MUNICIPIO	DISPENSARIO C.S.	HOSP. PATRONATO	
ORGANISMOS NO GUBERNAMENT.	DISPENSARIO COMIFE	HOSP. LOCAL	HOSP. ESP. HOSP. ESPC.
SERVICIOS PRIVADOS	CONSULTORIO C. MEDICO	CLINICA-POLICLIN.	HOSPITAL CLIN. ESPC.
	P.S. Puesto de Salud S.C.S. Subcentro de Salud C.S. Centro de Salud C.ALA. Centro de Atención Ambulatoria	Un.ALA. Unidad de Atención Ambulatoria HOSP. ESP. Hospital de Especialidades HOSP. ESPC. Hospital Especializado	
Nota:	1.- En el MSP, Consejo Provincial y algunos municipios disponen de unidades móviles para la prestación de atención ambulatoria y son homologables a S.C.S. 2.- La Junta de Beneficencia y SOLCA se incluyen dentro de las organizaciones no gubernamentales		

Elaboración: Dr. José Castro L., Dirección de Normalización del S.N.S. - M.S.P.

⁹⁶ Displasede. Buenas prácticas en reducción del riesgo de desastres en el Ecuador. Care Ecuador 2010

Prestadores comunitarios de salud







falta de zobador,

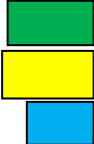
Simbología de los factores de riesgo.- El mapa parlante debe contener los factores de riesgo: biomédico, sanitario ambiental y socio económico de cada familia identificada a partir de la visita domiciliaria, utilizando la ficha familiar.

Serán graficados en forma de casa de acuerdo a la simbología teniendo presente que los colores verde, amarillo y celeste solo sirven para identificar el riesgo mas no para dar algún tipo de valoración del grado de riesgo:

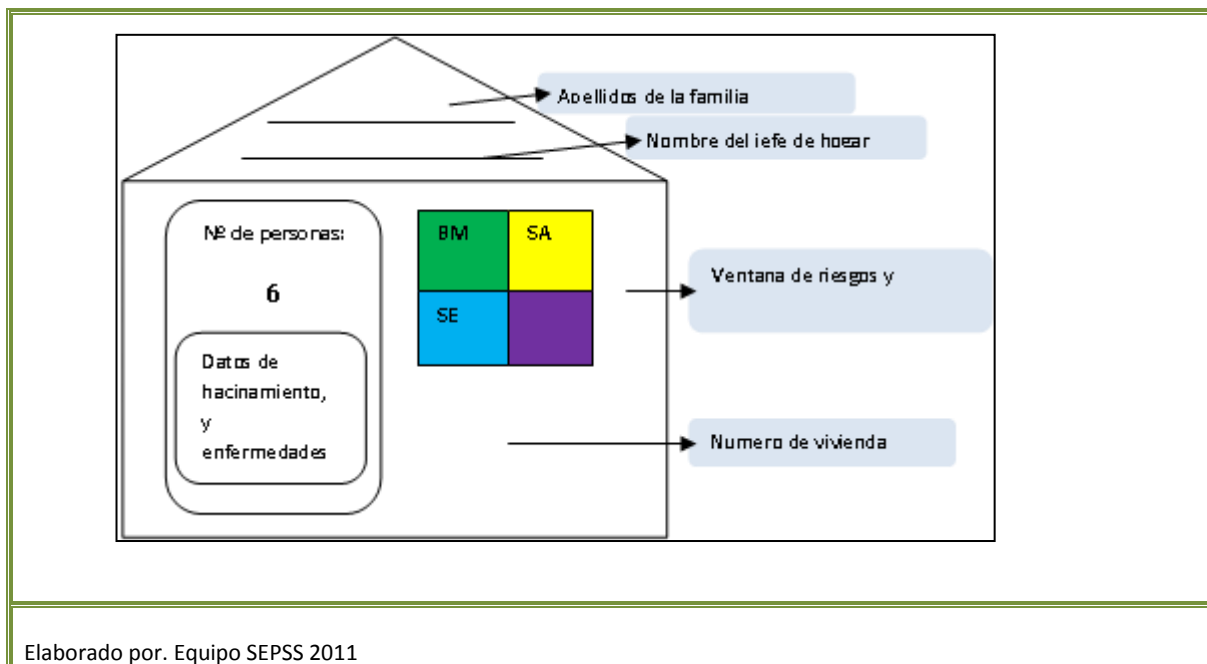
Techo: registra la identificación de la familia (apellidos de la familia) y el nombre del jefe de hogar.
Puerta: representa el número de integrantes de la familia a la cual se realiza la visita domiciliaria, además registra datos de hacinamiento, y enfermedades de impacto.
Ventana: es la ventana del riesgo, representa el tipo de riesgo identificado el cual será representado utilizando colores, en el caso del riesgo biomédico el color que se utilizara será el verde, el riesgo sanitario ambiental se identificara con el color amarillo y el riesgo socioeconómico se identificara con el color celeste, es importante recalcar que los colores utilizados identifican los riesgos mas no dan algún tipo de valoración del grado de riesgo, además identifica también con el color lila la presencia de grupos vulnerables (embarazadas, niños menores de 5 años, tercera edad, personas con capacidades especiales).

- Riesgo biomédico 
- Riesgo sanitario ambiental 
- Riesgo socioeconómico 
- Grupos vulnerables 

Ejm: en la visita domiciliaria se encontró:

Persona sin vacuna	corresponde al código BM	
Persona con discapacidad	corresponde al código BM	
Persona con problema mental	corresponde al código BM	
Mala eliminación de excretas	corresponde al código SA	
Desempleo del jefe de familia	corresponde al código SE	

Simbología Factores de riesgo



Elaborado por. Equipo SEPSS 2011

Tabla 23 Sala Situacional

g. Sala Situacional

Definición:

Es un espacio, virtual y matricial, de convergencia en donde se conjugan diferentes saberes para la identificación y estudio de situaciones de salud, el análisis de los factores que los determinan, las soluciones más viables y factibles de acuerdo con el contexto local y el monitoreo y evaluación de los resultados obtenidos después de la aplicación de las decisiones tomadas. La información es difundida y presentada en diferentes formatos como tablas, gráficos, mapas, documentos técnicos, informes, etc.

Cuando se habla de situaciones de salud no se está refiriendo, como podría pensarse, a las tradicionales situaciones de analizar los daños y, en el mejor de los casos, evaluar los riesgos sino a todo tipo de situación empezando por las relacionadas con el análisis y evaluación del proceso de formulación de políticas y la fijación de prioridades hasta la evaluación del impacto en la población, pasando, por supuesto, por los asuntos relacionados con los recursos humanos, la tecnología empleada, el financiamiento del sector, el proceso de reforma y muchas otras variables.

Vista y entendida así la sala situacional supera el quehacer tradicional de la epidemiología aplicada a los servicios de salud y se convierte en el instrumento idóneo para realizar la vigilancia de salud pública y que favorece la toma de decisiones en la búsqueda de una nueva realidad o una nueva situación

Finalidad:

Convertirse en un instrumento para la gestión institucional, la negociación política, la identificación de necesidades, la movilización de recursos y para el monitoreo y evaluación de las intervenciones en salud

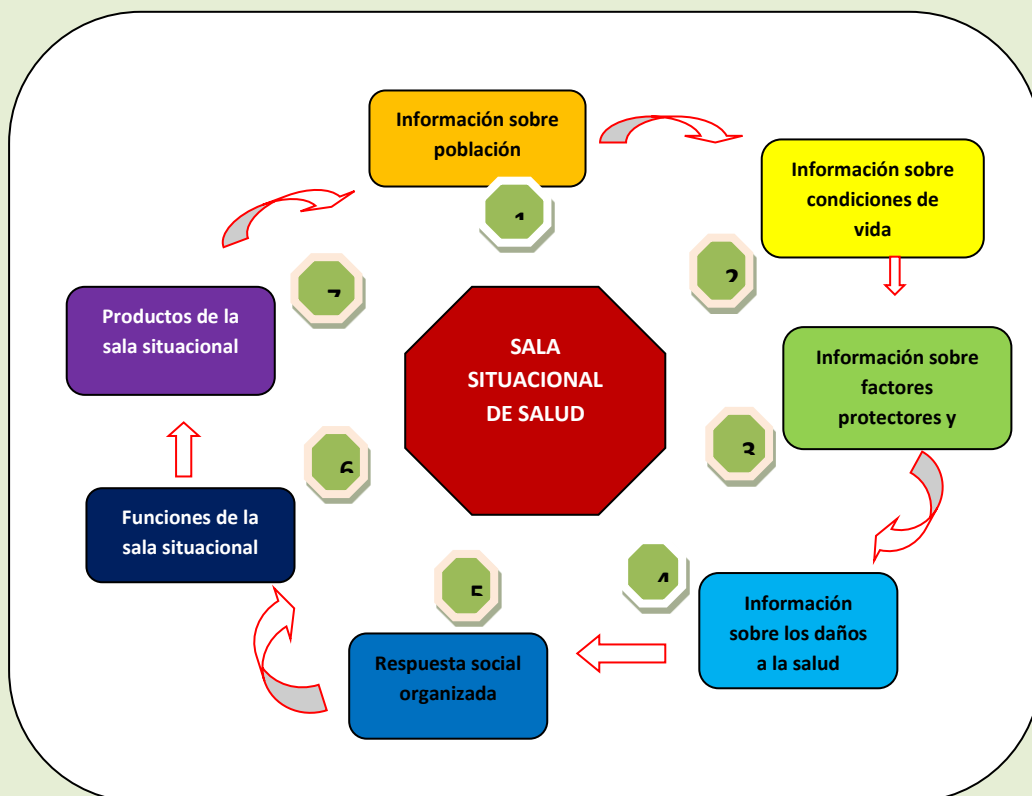
Objetivo General:

Desarrollar una cultura de análisis y uso de la información producida en los servicios de salud institucionales y comunitarios, para que mediante la aplicación del instrumento de sala situacional, se identifiquen las inequidades en salud y sus determinantes y se puedan aplicar las intervenciones más costo/efectivas, mejor sustentadas; para reorientar los servicios de salud hacia la atención de las prioridades identificadas, con eficacia y eficiencia; a fin de mejorar las condiciones de salud y de vida de la población, con calidad y equidad

Objetivos Específicos:

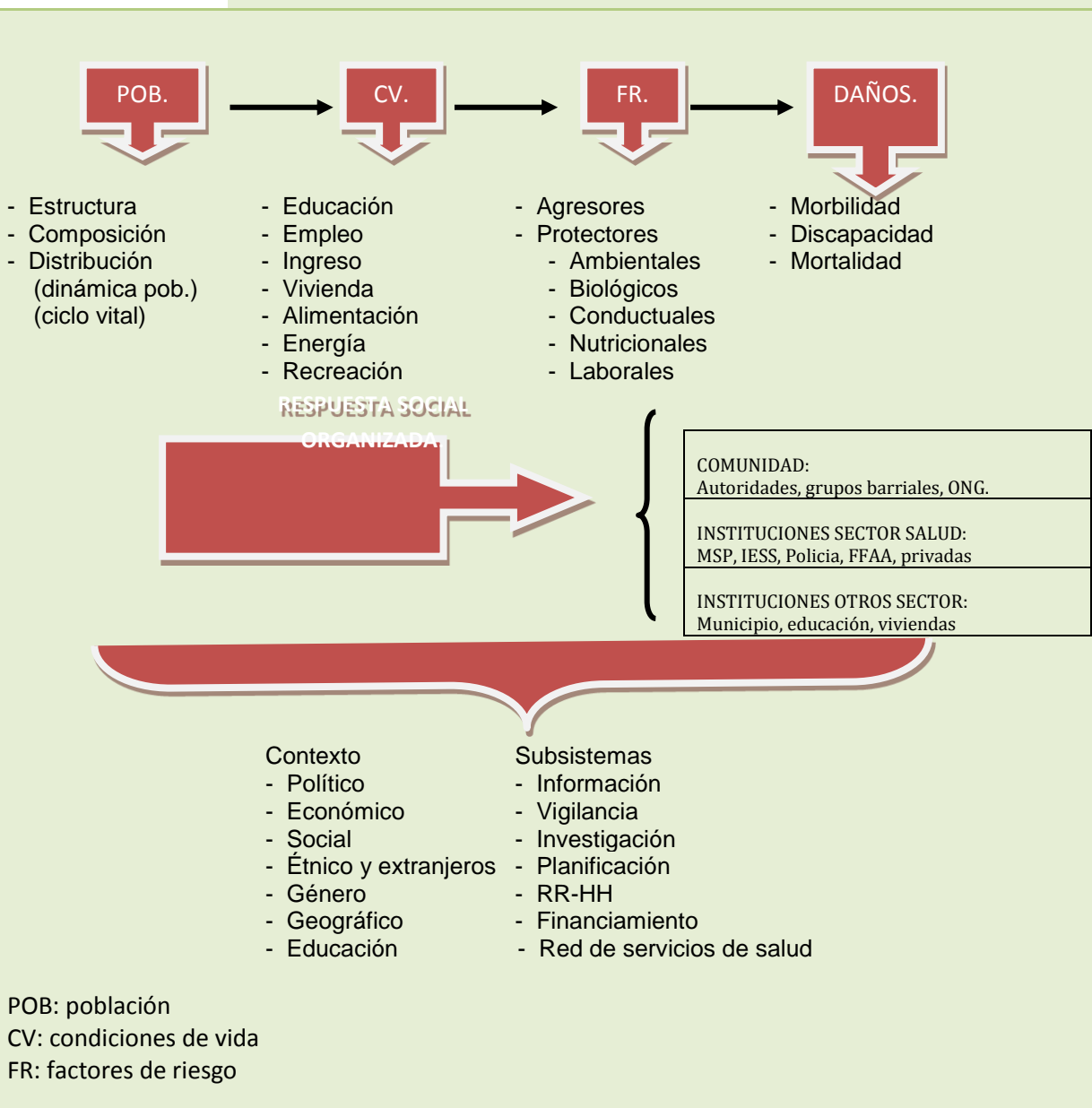
- a. Identificar y medir las desigualdades e inequidades existentes entre grupos humanos, especialmente los más postergados.
- b. Contar con planes operativos locales basado en las políticas, prioridades y compromisos de gestión en salud, para la reducción de las brechas detectadas.
- c. Identificar inequidades para anticiparse ante las amenazas que puedan presentarse frente a los problemas salud pública y proponer la respuesta institucional y social organizada frente a las mismas-
- d. Incorporar, progresivamente, esquemas y procedimientos metodológicos prácticos e innovadores que faciliten combinar información de fuentes y sectores diversos, como un apoyo al proceso de crear escenarios favorables para la reducción de las inequidades y los mecanismos para su monitoreo y evaluación, en los diferentes niveles de gestión, con especial énfasis en el nivel local.

Pasos para construir una sala situacional:



1. Elementos básicos

Los elementos mínimos necesarios en toda sala situacional son:



2. Información sobre población: Georeferenciada

El conocimiento, lo más cercano a la realidad, de la población sujeto de atención por parte de los servicios. Es básico pues genera el conocimiento sobre las características fundamentales de los derechos de la población y, en consecuencia, es la base de toda la programación. Se debe conocer el volumen de la población, su distribución (urbano, urbano-marginal y rural), su composición (según sexo, etnia), su estructura (según edades, ciclo vital), su dinámica migratoria,

	<p>natalidad, fecundidad, componentes de las dinámicas demográficas, políticas de población.</p> <p>Elaborar un mapa para visualizar las relaciones de los asentamientos humanos urbanos, urbano-marginales y rurales, su relación espacio-temporal con la red de servicios y los horarios de prestación de los mismos, problemas de salud como mortalidad materna e infantil, rabia, Tb, el dengue, la malaria, diarrea, etc., y su relación con alguno de los determinantes de la situación de salud, por ejemplo, con la situación económica -PIB-, social, cultural, política, étnica u otras.</p> <p>Tener la población según ciclos vitales (niños/as, adolescentes, adultos, adultos mayores y mujeres) para poder ser equitativos en la aplicación de intervenciones</p>
<p>3. Información sobre condiciones de vida</p>	<p>El conocimiento de las condiciones en que viven las personas, es decir, las características sociales y culturales, tales como la escolaridad, el empleo/desempleo, el ingreso, las principales actividades económicas (ocupaciones), tipo de viviendas y hacinamiento, fuentes de energía, dieta, ejercicio/sedentarismo, etnicidad, relaciones de género, uso de servicios de salud, inversión social (público y privado), cobertura y calidad de servicios ambientales básicos (agua potable, alcantarillado, recolección de basura, control de vectores y roedores), tenencia de animales en casa, recreación, etc.</p> <p>En este apartado es necesario hacer mucho esfuerzo por producir estos datos; es mejor identificar las fuentes que los produzcan y establecer negociaciones para obtenerlos con menor esfuerzo pero con el grado de detalle requerido, por ejemplo, si se requiere la escolaridad, por áreas o unidades operativas por sexo y etnia, es imperioso obtenerlo así.</p>
<p>4. Información sobre factores protectores y de riesgo</p>	<p>El conocimiento de los factores protectores como de riesgo⁹⁷, que agreden a la salud, derivados de las condiciones de vida identificadas; son importantes para anticipar los daños a la salud que se enfrentarían a corto, mediano y largo plazo. Factores de riesgo como los biológicos, sanitarios, ambientes, nutricionales, sociales, culturales, conductuales y laborales. El detalle sobre los factores de riesgo por unidades operativas, área de salud, según sexo, etnia y edad por ciclos de vida.</p> <p>Los factores biológicos, ambientales y nutricionales tienen mucha influencia en los extremos de la vida, lactantes, niños y adultos mayores; mientras que los conductuales y culturales tienen una mayor influencia en adolescentes, adultos, (ejemplo, violencia, uso de drogas, tabaco, licor, etc.). Identificar el conjunto de prestaciones que ofrecen las unidades de salud.</p>
<p>5. Información sobre los daños</p>	<p>El conocimiento de los daños a la salud esperados como consecuencia de la información sobre los puntos anteriores, medidos en términos de carga de enfermedad, discapacidad y muerte prematura evitable.</p> <p>Este apartado tiene una gama amplia de fuentes de información muy bien reconocida, sobre todo para la morbilidad y mortalidad.</p> <p>Aquí es recomendable tener las 10 primeras causas (el resto y total) de morbilidad y mortalidad, según edad por ciclos de vida, sexo y etnia, tanto en consulta externa como de egresos hospitalarios, con el mayor grado de desagregación por unidad geográfica tratando de mantener un equilibrio con la precisión de los indicadores que se quieran estimar en función de numeradores y denominadores que se hacen pequeños. En el caso de la morbi-mortalidad infantil y materna, generalmente, basta con tener las cinco primeras causas⁹⁸</p> <p>Es necesario hacer gráficas de tendencias y priorizarlas</p> <p>Respuesta social organizada</p>

⁹⁷. Factor de riesgo en este documento es definido en función de sus dos componentes: factor y riesgo.

Factor: " es toda característica cuya presencia o ausencia facilita o limita la aparición de un evento" (en esta caso salud enfermedad o muerte) y Riesgo: " es la medida estadística -probabilidad- de la ocurrencia de dicho evento".

⁹⁸. Estadísticas Vitales (OMS) Manual for the management, operation and maintenance of civil registration and vital statistics system studies in methods. United Nations. Stat 310n (4-4), 1994.

Frente a toda la información previa y, sobre todo basada en ella, se debe evaluar y monitorear la respuesta que la institución, el sector salud y otros sectores de la sociedad civil, en su conjunto, están ofreciendo frente a los daños priorizados, los riesgos y condiciones de vida prevalentes.

La información de la respuesta de los servicios de salud debe tener en cuenta los recursos de las instituciones gubernamentales, no-gubernamentales, el sector privado, las iglesias, las comunidades (medicina ancestral y alternativa), las agencias internacionales, etc.

El presupuesto, gasto ejecutado en salud, tanto público como privado, es de vital importancia para el monitoreo y evaluación de la asignación presupuestaria para atender las prioridades.

Es conveniente disponer de datos sobre la estructura, procesos, productividad, rendimientos, costos y recursos humanos de los servicios de salud. Es de mucha utilidad tener el dato sobre, por ejemplo, camas disponibles para cada una de las prioridades, y su porcentaje de utilización.

En términos financieros es útil contar con el mayor desglose posible del gasto asignado y ejecutado en cada una de las áreas de salud, para cada una de las prioridades.

Funciones de la sala situacional

Las funciones de las salas s situacionales son:

1. Funciones preventivas: anticipar el comportamiento de una acción en situación de normalidad, de problemas y/o de catástrofe.
2. Funciones reactivas: dar respuesta pertinente, rápida, oportuna, eficiente y de calidad a las situaciones contingentes que se presenten para la ejecución de las acciones.
3. Funciones proactivas: diseño de énfasis y estrategias delimitadas que permiten abordar, corregir, disminuir, neutralizar o eliminar las posibles reacciones ante una acción, así como las resistencias que su aplicación genera y los conflictos o turbulencias derivadas de potenciales catástrofes.
4. Funciones de abordaje crítico: se refieren al diseño de cursos alternativos para el desarrollo de las acciones en un marco de calamidad en el entorno

Productos de la Sala Situacional

- Fortalecer la capacidad anticipada de un problema.
- Planificación estratégica de los servicios sociales y de salud. (Necesidades)
- Intervenciones de alto rendimiento social (Costo/efectivas). basadas en evidencias.
- Programación integral e integrada interinstitucional e intersectorial
- Balance entre actividades preventivas y curativas
- Análisis, Monitoreo y evaluación de las políticas, prioridades y compromisos de gestión
- Incrementar la capacidad de negociación
- Trabajar con enfoque sistémico
- Racionalizar la inversión pública y privada
- Estimular la participación interinstitucional e intersectorial de los diferentes actores sociales.

Elaborado por: Equipo SEPSS 2011

Tabla 24 Primer Nivel Puerta de Entrada

<i>h. Primer Nivel Puerta de Entrada</i>	
<p>Los establecimientos del primer nivel forman parte de una red de atención primaria de salud y son considerados como la puerta de entrada al sistema de salud para brindar atención ambulatoria de carácter general y ofertar prestaciones de salud para afectaciones prevalentes, de menor riesgo y bajo costo. Los cuales tienen disponibilidad de sus recursos físicos, humanos y financieros para su nivel de complejidad. Las actividades que cumplen son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promoción de la salud, a nivel individual y grupal. • Visitas domiciliarias, trabajo en instituciones educativas, cárceles, fábricas, empresas y comunidad, para promover estilos de vida saludables • PREVENCIÓN: Acciones básicas de prevención colectiva secundaria, como saneamiento ambiental, vacunación, tamizajes de deficiencias en población infantil, planificación familiar • RECUPERACIÓN • CURATIVO: atención de pacientes con enfermedades agudas y crónicas no complicadas, incluyendo atención odontológica, obstétrica y de nutrición. Atención de emergencias básicas. • PARTICIPACIÓN COMUNITARIA: Conformación de comités locales de salud y otras instancias de participación social • ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS: PLIS, POA, ASIS, informes mensuales, Identificación de riesgos, llenado de ficha familiar, actividades para resolver riesgos ETC • Referencia y contrarreferencias a la unidad de mayor complejidad • Coordinación interinstitucional para resolver problemas DE SALUD • Cumple con las normas y programas del MSP que le corresponden según su nivel; y, de conformidad con los requerimientos del caso, su programación estará enfocada a satisfacer las necesidades del individuo, la familia y la comunidad, por lo tanto desarrollará actividades intra y extramurales, deberá atender las 8 horas diarias <p style="text-align: center;">PROCESOS PARA QUE EL PRIMER NIVEL SEA LA PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD</p> <p>El proceso por el cual se fortalece al primer nivel como puerta de entrada tiene como fin mejorar el acceso a los servicios de salud de una manera más ágil y disminuir la congestión de los mismos al reorganizar los servicios para garantizar la atención oportuna (puerta de entrada) y de ser necesario referir a los usuarios a un nivel de mayor complejidad de una forma ordenada, con el fin de resolver su problema de salud. Se seguirá el siguiente proceso:</p>	
ADSCRIPCIÓN DE LA POBLACION	<p>La Adscripción se la define como el proceso mediante el cual la población se inscribe a una unidad de salud bajo cuya influencia geográfica se encuentra, con el fin de recibir un número y tipos de prestaciones establecidos de acuerdo a su perfil de morbilidad, características sociodemográficas, económicas y culturales que le garanticen su derecho a la salud.</p> <p>Además es una iniciativa que busca profesionalizar la tarea del equipo integral de atención de salud que constituye la primera línea de atención, a través del fortalecimiento de su capacidad técnica al poder resolver problemas de salud correspondientes a su nivel de atención, lo que a su vez produce mayor adhesión y responsabilidad por parte del personal, mayor eficacia en el alcance de metas sanitarias, aceptabilidad de la población beneficiaria de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud y empoderamiento de la población respecto del cuidado de la salud individual y colectiva</p> <p style="text-align: center;">❖ Mecanismos de adscripción o registro de la población en los servicios de atención primaria.</p> <p>En cada Jefatura de Distrito de salud se conformarán mesas de adscripción a las cuales</p>

	<p>debe acudir cada persona que desee recibir atención en las unidades de salud de la Red Pública y complementaria. Dado que la sectorización poblacional es geográfica, ésta se respeta y se anota la dirección o sector asignado, en el módulo de adscripción. Sin el registro al sistema el usuario no podrá acceder al servicio de salud, a excepción de las emergencias, las cuales se atienden de inmediato, pero posteriormente se verifica la unidad de salud para el seguimiento.</p> <p>Para registrarse se solicita a la persona, además de la cédula de identidad, un recibo de cualquier servicio público, en que venga registrada la dirección de la casa y con ello se le asigna el sector de salud que le compete, según lugar de residencia. De ser menor de edad la partida de nacimiento o ser registrado por uno de sus padres quien debe proporcionar su cédula de identidad con el fin de garantizar los datos.</p> <p style="text-align: center;">❖ Sistema de información utilizado para el registro de adscripción</p> <p>A nivel institucional existe un sistema único de padrón de registros llamado “Sistema de Adscripción al Primer Nivel, SANP, al que todas las unidades de salud y mesas de adscripción deben consultar para conocer el estado de sus usuarios. Se cuenta con una base de datos en la cual mediante el número de cédula de identidad de los usuarios, se califica su condición de adscripción. Esta base de datos se actualiza cada vez que el usuario cambie de dirección domiciliaria.</p> <p>Regionalizado y organizado por niveles de atención, según la capacidad resolutoria de cada nivel, y que el primer nivel con sus servicios de APS cumple una función de filtro, lo que implica que para acceder a los servicios especializados se requiere obligatoriamente una referencia del médico de una unidad de primer nivel de atención.</p> <p>Varias son las razones por las cuales los servicios de I Nivel son el primer contacto con el Sistema Nacional de salud, entre ellas la cercanía al lugar de residencia, y la otra razón es porque así lo obliga a ser parte del sistema. Las evaluaciones del primer nivel de atención demuestran que los servicios de baja complejidad, son la fuente regular de atención de la mayor parte de la población, y también es la puerta de inicio para los informes estadísticos.</p> <p>Las Jefaturas Distritales de salud del país, deberán disponer de dos equipos informáticos para cada una de ellas, así como puntos de conectividad con internet para cada una de las máquinas destinadas para la actividad de adscripción poblacional..</p>
<p>ESTRATEGIA IEC SOBRE ADSCRIPCION</p>	<p>En toda unidad operativa se publicitara lo siguiente:</p> <p>“La puerta de entrada se publicitará por medio de las unidades del primer nivel de atención”</p>
<p>BARRERAS DE ACCESO A LA CONSULTA EXTERNA DE LOS HOSPITALES</p>	<p>Si los usuarios acuden directamente a la consulta ambulatoria de los hospitales del II y III Nivel se canalizará la cita por un servicio de “triaje” el mismo que estará ubicado fuera de la unidad hospitalaria en una carpa o unidad móvil, se registrará al usuario y se realizará la consulta médica con profesionales de la salud (médicos generales o médicos familiares) y se entregará una receta que se entregará en la unidad operativa de primer nivel de atención más cercana a la vivienda y deberá adscribirse en una de las mesas ubicadas en la jefatura de distrito respectiva.</p> <p>Si después de la consulta en el área destinada para el Triage, el profesional determina que debe ser evaluado o tratado por el especialista, el usuario recibirá una orden de referencia y será atendido por el especialista en el II o III nivel.</p> <p>Si los usuarios acuden a la consulta ambulatoria por segunda ocasión sin la referencia respectiva, se revisara en el registro del hospital y se explicará que no puede ser atendido sin una referencia de un profesional del primer nivel de atención, pero si es referido por una unidad de primer nivel de atención recibirá la consulta del especialista de manera prioritaria. Para conseguir este objetivo se agendará un 70% de las consultas de especialistas para los usuarios referidos de las unidades de primer nivel y solo un 30% para los usuarios atendidos en el área de triaje del hospital.</p>
	<p>En el caso de las unidades hospitalarias que no cuenten con unidades de primer nivel de</p>

atención en su área de cobertura se implementará una unidad de primer nivel de atención anidada al hospital, hasta implementar una unidad de atención de primer nivel en el área geográfica de cobertura.

En el caso de los usuarios que requieran ser atendidos por los especialistas para consultas de seguimiento, estos deberán recibir una orden de cita previa, la misma que incluirá el día y la fecha a ser atendido como consulta de seguimiento por los especialistas y deberá constar de los siguientes datos:

- ✓ Nombres y apellidos del usuario.
- ✓ Número de cédula de identidad.
- ✓ Motivo de consulta subsecuente.
- ✓ Diagnóstico.
- ✓ Firma y sello de profesional

i. Asignación de tiempos para desarrollar el trabajo intramural y extramural

La distribución del tiempo busca fundamentalmente asegurar y ordenar el cumplimiento de las actividades extramurales dentro de la aplicación del modelo por cada uno de los miembros de equipo, se ha considerado para ello los siguientes criterios:

- Perfil de cada miembro del equipo
- Tipo de unidad por su ubicación.

TABLA 25. ASIGNACIÓN DE TIEMPOS PARA LOS EQUIPOS DE SALUD

Profesional	Unidades Urbanas		Unidades Rurales	
	Intramural	Extramural	Intramural	Extramural
Médico	70%	30%	50%	50%
Psicólogo	50%	50%	30%	70%
Enfermera	50%	50%	40%	60%
Odontólogo	80%	20%	30%	70%
Obstetriz	80%	20%	30%	70%
TAPS	10%	90%	10%	90%

Elaborado por: Equipo SEPSS 2011

Observaciones:

- a) Bajo ninguna justificación el servicio de salud permanecerá cerrado durante las actividades extramurales por lo que todo el personal de la unidad deberá turnarse para cumplir las actividades extramurales en función de la planificación de la unidad.
- b) Por ningún motivo se disminuirá el tiempo asignado a la actividad extramural establecida, por el contrario se podrá incrementar en los siguientes casos:
 - En situaciones de emergencias sanitarias.
 - Campañas de vacunación
 - Si el equipo de salud no justifica actividades intramurales en función de un análisis de productividad realizado por la dirección del distrito.
- c) El equipo de salud en el marco de la planificación local deberán promover participación de la comunidad para las actividades extramurales.
- d) Las unidades urbanas en el que existan más de dos médicos y sin disponibilidad de consultorios se

asignará el 50% del tiempo a la actividad extramural y 50% a la intramural. Igual criterio se seguirá para otros profesionales

Tabla 26 Etapa de Participación de la Familia y la Comunidad

j. Etapa de Participación de la Familia y la Comunidad

PARTICIPACION DEL PERSONAL DE SALUD PARA LA ATENCION A LA FAMILIA

El personal de salud deberá proporcionar atención continua, amplia y personalizada a las familias y sus integrantes. Acepta la responsabilidad de la atención de todas las necesidades de salud del individuo y conserva una relación íntima, confidencial y personal con sus pacientes. Deberá coordinar los esfuerzos de los profesionales de la salud en torno a la atención de la familia, siempre que esto sea necesario, ya que este profesional debe resolver por sí mismo la mayor parte de los problemas que afectan frecuentemente la salud de la población.

Los siguientes son elementos teóricos que a la vez que permiten al personal de salud cambiar de actitud, le proporcionan un cuerpo de conocimientos indispensable para el estudio y participación de la familia; éstos son

1. ciclo de vida familiar,
2. estructura y dinámica de la familia,
3. tipología familiar,
4. funciones de la familia

PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD BAJO LA COORDINACION CON LOS TAPS

La participación comunitaria se realiza a través del grupo de Gestores Comunitarios que constituyen personas de las comunidades que tengan experiencia en atención de partos y en tecnologías ambientales limpias y de energías alternativas no contaminantes y de bajo impacto, con legitimidad social de su trabajo y su quehacer se desarrollará en el ámbito de la salud y son: (autoridades locales o sus representantes, líderes comunitarios, promotores de salud, voluntarios de salud, agentes comunitarios de salud tradicional, Yachak, agentes y terapeutas de las medicinas ancestrales, entre otros). Todos estos actores deben ser capacitados continuamente para mantener la participación comunitaria activa en todos los procesos que genere la unidad de salud.

El objetivo de trabajar con gestores comunitarios en salud es:

- a. Ser el vínculo entre el Sistema Nacional de Salud y las comunidades.
- b. Acompañar y fortalecer los procesos de promoción de la salud a nivel local.
- c. Participar en el diagnóstico, priorización, planificación y ejecución de actividades de los Planes Locales de Salud.
- d. Establecer mecanismos de coordinación/diálogo entre los terapeutas tradicionales y los servicios de salud.
- e. Liderar el proceso de información, educación, comunicación dentro de la comunidad para el cambio de conocimientos, actitudes y prácticas.
- f. Apoyar el establecimiento de un sistema de referencia y contra-referencia entre los servicios de salud y la comunidad.

Guía Metodológica

El trabajo con las comunidades se puede realizar de dos maneras:

- Directamente por el personal del establecimiento y a través de los TAPS (TECNICOS DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD COMO INTEGRANTE DEL EQUIPO DE SALUD coordinando con los gestores de salud de la comunidad, para esto se tiene que trabajar con:
 - Promotores de salud y sus planes comunales de salud.
 - Terapeutas tradicionales como agentes de salud local.
 - Juntas administradoras de agua potable
 - Sistemas de información comunitaria de salud
 - Responsables del manejo de basuras

Cada establecimiento debe contar con un plan para trabajar con los gestores comunitarios de salud, que incluya acciones de capacitación y seguimiento, apoyo y desarrollo de estos recursos humanos comunales, este plan incluirá:

- Diagnóstico inicial de la situación de salud de la comunidad a través de una línea de base (sala situacional), generada por todos los actores involucrados (ASIS).
- Listado o base de datos de las comunidades, tipo de agentes locales de salud reconocidos por la comunidad y/o capacitados y por capacitar y su nivel de apoyo y seguimiento que el servicio les presta.
- Criterios definidos para la identificación, selección y capacitación a estos recursos humanos.
- Contar con los instrumentos metodológicos para la capacitación para promotores y terapeutas tradicionales.
- Formación de talentos humanos con capacidades y destrezas en la formación de recursos comunitarios, capacitadores locales con conocimiento y experiencia en el manejo de metodologías educativas y procesos participativos.
- Instrumentos para facilitar el trabajo con agentes comunitarios, módulos, registros, rota folios, etc.
- Dotación del equipamiento mínimo y suficiente para que puedan trabajar satisfactoriamente.
- Dar prioridad al seguimiento y acompañamiento a los agentes involucrados en la implementación de las estrategias.
- Apoyar y trabajar en el fortalecimiento institucional (capacitación, organización etc.) de las organizaciones comunitarias, como las asociaciones de parteras, de promotores y otras similares.
- Evaluar el trabajo directamente a través del acompañamiento permanente a sus comunidades e indirectamente a través de su información enviada en los informes mensuales y/o veedurías comunitarias.
- Incorporar a la comunidad en el proceso de competencia y evaluación del avance en la construcción de entornos saludables en sus comunidades.

Las estrategias básicas son:

- Sensibilización y capacitación al personal del sector salud para motivarlo y dotar de herramientas para el trabajo adecuado con los agentes comunitarios de salud.
- Promoción para la creación y fortalecimiento de las asociaciones de promotores de salud y establecer una relación horizontal.
- Incorporación de los promotores, terapeutas tradicionales y parteras -reconocidas socialmente- en las mesas de concertación.
- Incorporación de los promotores de salud y otros agentes en la planificación local del establecimiento.

Apertura de canales efectivos de participación y aprovechamiento de los recursos comunitarios para la salud.

Misión de los TAPS Y LOS GESTORES COMUNITARIOS

Identificar e intervenir integralmente sobre los riesgos y determinantes de la salud en su espacio individual, familiar, comunitario e institucional promoviendo el buen vivir, a partir del respeto de los valores, principios y cultura local, con un enfoque de atención integral de la salud de las personas en un espacio poblacional determinado.

Capacitación:

Los Equipos integrales de salud entregarán de forma sistémica y permanente capacitación para desarrollar sus funciones en; los módulos del MAIS-FCI, manual operativo, estrategias de salud comunitaria y APS renovada, transformación del Estado y del sector salud, facilitación de procesos de desarrollo local, entre otros temas.

FORTALECIMIENTO Y/O FORMACION DE LA ORGANIZACIÓN LOCAL DE SALUD:

El equipo de salud (en el cual están incluidos los TAPS) tiene la función de identificar o promover la formación de una organización local de salud, la misma que será parte del comité local de desarrollo y estará constituida por representantes de los sectores e instituciones de sus circunscripciones territoriales (barrios, comunidades, escuelas colegios, instituciones gubernamentales y no gubernamentales de desarrollo entre otros). La organización tendrá una directiva y deberá contar con un reglamento para su funcionamiento.

Esta organización tendrá las siguientes funciones:

- Participación en la elaboración y/o actualización del diagnóstico inicial de salud y en el diagnóstico dinámico.
- Participar en el proceso de planificación. Intervención y evaluación de los planes de intervención comunitarios, individual y familiar.
- Participar como actores en la veeduría y control social
- Participar en reuniones periódicas del distrito de salud con los equipos de salud.

Cuando se realice por primera vez el diagnóstico situacional esta información será levantada por la unidad operativa en conjunto con la comunidad. Posteriormente se actualizarán los diagnósticos con la misma comunidad (diagnósticos dinámicos).

Se deberá lograr una Gestión conjunta entre las familias, comunidades y autoridades locales con los Equipos de salud y las instituciones responsables de atención en salud y las que actúan en los determinantes de la salud, mediante compromisos de Gestión conjunta.

Para alcanzar la gestión conjunta, se realizarán una serie de actividades previas a la visita familiar o comunitaria, como la información previa, sensibilización, fortalecimiento socio organizativo, planificación conjunta, generación de compromisos, según el contexto, antes de realizar cualquier actividad operativa.

Posteriormente se desplazará el Equipo integral de salud incluyendo los TAPS y los gestores comunitarios de salud (GCS) a cada una de las comunidades o viviendas, con el fin de diseñar el mapa de la zona con sus límites, topografía y nomenclatura de las viviendas. Este procedimiento está claramente detallado en capítulos anteriores. Al tiempo que se realiza el paso anterior, el TAPS identificará la población a intervenir teniendo en cuenta el ciclo vital individual, ciclo vital familiar, las condiciones de la vivienda y el entorno, la morbimortalidad del núcleo familiar, y los factores de riesgo, factores protectores y determinantes de la salud presentes en las familias. Es necesario insistir de la necesidad de informar a la familia o comunidad de las acciones a realizarse.

Organización comunitaria y establecimiento de compromisos

Los Gestores de Salud (Equipos integrales de salud, TAPS y Gestores comunitarios) una vez que han detectado los problemas que influyen directa o indirectamente sobre la salud de la población y en aras de mejorar la calidad de vida de la comunidad. Establecerán reuniones con los diferentes actores sociales del sistema para concertar las actividades a realizar por cada uno de estos sectores, generando compromisos que den solución a la problemática encontrada con el fin de fortalecer o construir la **Red Social Comunitaria para la Salud**, para que, de manera conjunta con el Equipo integral de salud, TAPS, asuman la responsabilidad de conducir las acciones de salud de su localidad / comunidad y/o Sector; como por ejemplo:

- los miembros del consejo cantonal o parroquial de salud (alcalde municipal, jefe de área, director de unidad operativa, personeros municipales o parroquiales, gestores comunitarios de salud, sector educativo, líderes comunitarios y comunidad),
- autoridades de las Juntas Parroquiales,
- líderes locales (que forman parte del concejos cantonales de salud),
- grupos organizados existentes (Comités de la comunidad, Juntas de agua potable, grupos religiosos y ONG's, entre otros).

El Equipo integral de salud, TAPS realiza acciones de promoción de la salud, prevención y tratamiento de

enfermedades de impacto (enfermedades crónicas degenerativas y de vigilancia epidemiológica), con el apoyo y utilización de todos los recursos de la comunidad lo cual permita la conducción de las acciones para preservar la salud.

Son responsabilidades conjuntas;

- Elaborar el POA de salud de la parroquia
- Presentar y analizar la sala situacional de sus comunidades de manera cuatrimestral,
- Planificar las acciones e insumos (vacunas, medicamentos etc.) cuatrimestral y anual y,
- Elaborar información semestral y anual para crear el Subsistema de Registro Comunitaria (formularios 504 - 505) que servirá para completar el subsistema de registro del MSP.

Por cada comunidad, se formará/fortalecerá un **TAPS** que apoyará el desarrollo de todas las actividades programadas en la **Red Social Comunitaria (a través de los concejos cantonales o parroquiales)** y con vigilancia permanente en salud para las acciones rápidas de promoción y prevención en salud.

Los TAPS serán electos de forma democrática en un proceso de selección, serán capacitados de forma permanente y continua por los Equipos integrales de salud, para facilitar su inmersión progresiva en el conocimiento y manejo de las prioridades de salud de las comunidades - esta manera garantiza una planificación participativa y genuina - en los temas de ámbitos de responsabilidad de la salud. (idea repetida de pag 141)

Para el efecto, se establecerá una guía de capacitación, y su forma de trabajo (TAPS) será acorde a la vida cotidiana y cultural de las comunidades. Será responsabilidad de los municipios y parroquias reconocer el trabajo de los TAPS en la forma que acuerden bajo sus usos y costumbres⁹⁹.

Para la prestación de servicios a los grupos familiares y las comunidades, se buscare un espacio físico. La comunidad determinará este espacio físico que será denominado **Espacios de Encuentro Comunitario para la Salud**, (casa comunal, escuela, posta de salud, botiquín comunitario) para realizar acciones de; salas situacionales en salud, ferias de la salud, atención médica programada entre otras actividades extramurales.

Esto permite determinar la aceptación y vinculación institucional de las parroquias y comunidades al aportar y comprometerse con el desarrollo de la estrategia comunitaria del MAIS FCI, como son:

- la Red Social Comunitaria para la salud a través de los concejos cantonales o parroquiales de salud,
- la creación de los Espacios de Encuentro Comunitario para la salud

La base para la intervención del Equipos integrales de salud son los **riesgos biológicos, sanitarios y socioeconómicos**, encontrados en la ficha familiar que permitirán planificar las acciones y recursos de forma conjunta:

- y determinar la transferencia, referencia y/o contrarreferencias directa con profesionales que laboran en las unidades operativas y Áreas de Salud (especialistas de pediatría, ginecología-obstetricia, medicina interna, psicólogos, odontólogos, nutricionistas entre otros o programará la atención en comunidad en los Espacios de Encuentro Comunitarios para la Salud dependiendo de la valoración de los casos).
- la **Red Social Comunitaria para la Salud** a través de los Concejos de Salud

Para articular las estrategias de Salud Comunitaria, APS renovada y Medicina Familiar se debe tener:

- una programación conjunta con los profesionales de salud de las unidades operativas y de las áreas de salud
- la sala situacional de riesgos encontrados en las familias, grupos familiares y comunidades actualizada para planificar las consultas en los Espacios de Encuentro Comunitarios para la Salud que pueden ser programadas quincenal o mensualmente: solo se atenderán consultas referidas primero de los TAPS, respetando los niveles de atención.

Esto permite determinar **el compromiso político del MSP, del Sistema Nacional de Salud**, la aceptación y vinculación institucional **para desarrollar acciones conjuntas mediante el enfoque de APS renovada dentro del MAIS.**

⁹⁹ * se sugiere la relación de contractual con el cantón y o parroquia

ANEXOS

Anexo 1

a. Prestaciones por Ciclos de Vida

RESUMEN DE LAS PRESTACIONES DE SALUD DE ACUERDO A CONDICIONES DE SALUD PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.
<p>A.- PRESTACIONES DE PREVENCIÓN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inmunizaciones en Niños y en Adultos 2. Atención Integral del Niño (Nutrición, lactancia materna, crecimiento y desarrollo) 3. Prevención de la caries 4. Salud Reproductiva Consejería y planificación familiar) 5. Salud mental. Detección de problemas de violencia, aprendizaje, afectivos, emocionales, cognitivos. 6. Control prenatal del embarazo 7. Detección de la agudeza visual y ceguera en niños 8. Detección, prevención y consejería de ITS y VIH/SIDA 9. Detección precoz de neoplasia (mama, cuello útero y próstata) 10. Desnutrición.- suplemento de micronutrientes, según metas en grupos de edad y en gestantes
<p>B.-PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN Intervenciones de recuperación para la población en general (recién nacidos, niños, adolescentes, gestantes, adultos y adultos <i>mayores</i>).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atención del recién nacido (normal complicado y prematuros) 2. Atención del parto y puerperio normal 3. Recuperación de trastornos de la agudeza visual en niños (estrabismo y catarata) 4. Diagnóstico y tratamiento de la infecciones respiratorias agudas 5. Atención de partos y puerperio complicados 6. Diagnóstico y tratamiento de enfermedades diarreicas agudas y parasitosis 7. Diagnóstico y tratamiento de enfermedades infecciosas y transmisibles 8. Diagnóstico y manejo de lesiones traumáticas y de tejidos blandos (curación y suturas) 9. Diagnóstico y tratamiento y/o estabilización de esguinces, luxaciones y fracturas de extremidades. 10. Diagnóstico y tratamiento de emergencias médicas. 11. Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental. Trastornos afectivos, emocionales, violencia, cognitivos, de aprendizaje. 12. Discapacidades
<p>C.- INTERVENCIONES DE REHABILITACIÓN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Actividades de rehabilitación de fracturas o esguinces en el primer nivel de atención. 2. Actividades de psico rehabilitación basadas en la comunidad. 3. Actividades de protocolos de rehabilitación para discapacidad física, sensorial y múltiple. 4. Estimulación temprana según protocolo dado por neuropediatra del III nivel. 5. Manejo de úlclas de decúbito, dadp por prescripción en el III nivel. 6. Manejo y seguimiento de personas con discapacidad que reciben el bono Joaquín Gallegos Lara. 7. Orientación para que personas con discapacidad obtengan carnet y servicios.
<p>D. INTERVENCIONES DE CUIDADOS PALEATIVOS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecer los aprendizajes dados a familiares del cuidado diario. 2. Revisión de protocolos de manejo de dolor, y otra medicación. <p>Orientación para los trámites de referencia a II y III nivel en caso requerido.</p>

b. Actividades a ejecutar por los Equipos Integrales de salud en el Sistema Nacional de Salud

CICLO DE VIDA	CONJUNTO DE ACCIONES INTEGRALES DE ACUERDO A CICLOS DE VIDA PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN
<p>Recién Nacidos 0 a 28 días.</p> <p>Referirse a:</p> <p>Normas de Atención a la niñez. Norma y Protocolo neonatal Atención Integral Enfermedades de la Infancia (AIEPI) Normas PAI</p>	<p><u>PRESTACIONES DE PROMOCIÓN</u></p> <p>Información Educación a padres o cuidadores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover la autoconfianza de los padres en el cuidado del niño/a y fortalecer el vínculo afectivo. • Informar a padres y/o cuidadores de la importancia de la vacunación, lactancia materna exclusiva, estimulación Psicomotriz. • Generar mecanismos de motivación para que acuda a los controles en la unidad operativa • Comunicar a los padres y/o cuidadores acerca de variaciones benignas y comunes en el desarrollo del niño/a así como en el comportamiento del recién nacido, y, cuando corresponda, confirmarles la salud satisfactoria del niño/a <p>Determinación de Riesgos utilizando la ficha familiar</p> <p>Riesgo Biológico:</p> <ol style="list-style-type: none"> Bajo peso al nacer: < 2 500 g. Peso al nacer 2500 a 3000g. Parto pre termino, edad gestacional < a 37 semanas. Gemelar o más. Desnutrición. Antecedentes de enfermedad aguda grave en la madre o en el R. N. Antecedentes de enfermedad crónica en la madre. Enfermedades diarreicas y respiratorias frecuentes en el R.N. Dificultades o rechazo a la lactancia. <p>Riesgos Socio- económico:</p> <ol style="list-style-type: none"> Muerte evitable. Pobreza. Madre adolescente. Madre soltera. Embarazo no deseado. Baja escolaridad de padres o cuidadores. Violencia intrafamiliar, maltrato infantil Consumo de alcohol y otras drogas. Hábito de fumar o fumador pasivo. Riesgo de accidentes. Desempleo. Hacinamiento. Otros que el equipo de salud considere. <p>Riesgos Ambiental</p> <ol style="list-style-type: none"> Condiciones ambientales insalubres, marginales y poco seguras. Animales dentro de la vivienda. Agua insegura Contaminación Mal manejo de desechos
	<p><u>PRESTACIONES DE PREVENCIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención de R.N. según normas AIEPI menores de dos meses • Atención Integral del Niño Sano (evaluar Nutrición, desarrollo neuromuscular y psicomotriz, lactancia materna, crecimiento y desarrollo de acuerdo a normas del MSP) • Inmunización según la edad: Vacunación BCG y Hepatitis B • Salud mental. Detección de conflictos de pareja, consumo de sustancias, tabaquismo en padres. • Detección de la agudeza visual y ceguera en niños • Detección, prevención y consejería de ITS y VIH/SIDA • Desnutrición.- suplemento de micronutrientes, según metas en grupos de edad
	<p><u>PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN</u></p> <p>Atención de la patología más frecuente en recién nacidos (normal complicado y prematuros):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento de (Infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas y parasitosis, enfermedades infecciosas y transmisibles) • Diagnóstico, tratamiento y manejo de la Dificultad respiratoria, Retardo de crecimiento • Diagnóstico, tratamiento y manejo de Malformación congénita

- Recuperación de trastornos de la agudeza visual en niños (estrabismo y catarata)
- Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental: conflictos de pareja, consumo de sustancias, tabaquismo en padre/madre.
- Diagnóstico y tratamiento de Discapacidades
- Diagnóstico y manejo de lesiones traumáticas y de tejidos blandos (curación y suturas)
- Diagnóstico y tratamiento y/o estabilización de esguinces, luxaciones y fracturas de extremidades.
- Diagnóstico y tratamiento de emergencias medicas
- Otras

PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN

- Actividades de rehabilitación de fracturas o esguinces en el primer nivel de atención.
- Actividades de psico rehabilitación basadas en la comunidad.
- Discapacidades

VISITA DOMICILIARIA:

- Diagnóstico y Seguimiento de pacientes y familias captadas con riesgos
- Realizar la búsqueda activa de riesgos con el fin de desarrollar una intervención oportuna, los mismos que pueden ser clasificados de acuerdo a la ficha familiar (CÓDIGO CIAP)
- RN nacidos en domicilio (captación dentro de las primeras 48h y monitoreo telefónico)
- RN hijo de familias que estuvieron en seguimiento como familia de riesgo.
- RN hijos de madres con sífilis, VIH, TB, con discapacidad
- Problemas en la Lactancia
- Violencia intrafamiliar
- Consumo de sustancias, tabaquismo.
- Otros determinados por el equipo de salud

CICLO DE VIDA

CONJUNTO DE PRESTACIONES INTEGRALES

Niños/as Lactante de 29 días a 11 meses:

PRESTACIONES DE PROMOCIÓN

Referirse a:

Normas de Atención a la niñez. Atención Integral Enfermedades de la Infancia (AIEPI) Normas PAI Guía para la atención Oftalmológica Infantil Normas y Procedimientos de Atención en Salud Bucal.

Información Educación a padres o cuidadores

- Promover la autoconfianza de los padres en el cuidado del niño/a, fortalecer el vínculo afectivo
- Informar a padres y/o cuidadores de la importancia de la vacunación, lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, a partir de los seis meses lactancia mixta, alimentación complementaria y ablactación según esquema.
- Informar a padres y/o cuidadores de la importancia de la Higiene, salud bucal, Riesgos de accidentes en el hogar, Derechos de los niños
- Promover la estimulación Psicomotriz y de Lenguaje, prevención de discapacidades, ayudas técnicas..
- Generar mecanismos de motivación para que acuda a los controles mensuales en la unidad operativa
- Comunicar a los padres y/o cuidadores acerca de variaciones benignas y comunes en el desarrollo del niño/a así como en el comportamiento del lactante, y, cuando corresponda, confirmarles la salud satisfactoria del niño/a.

Determinación de Riesgos utilizando la ficha familiar

Riesgo Biológico:

- Desnutrición.
- Antecedentes de enfermedad prevalentes de la infancia.
- Antecedentes de enfermedad crónica en la madre o en el lactante.
- Enfermedades diarreicas y respiratorias frecuentes en el lactante.
- Dificultades o rechazo a la lactancia o alimentación.
- Niños con esquemas incompletos de vacunas.
- Niños que no acuden a control de salud

Riesgos Socio- económico:

- Muerte evitable.
- Pobreza.
- Madre adolescente.
- Madre soltera.
- Embarazo no deseado.
- Baja escolaridad de padres o cuidadores.
- Violencia intrafamiliar, maltrato infantil
- Consumo de alcohol y otras drogas.
- Hábito de fumar o fumador pasivo.
- Riesgo de accidentes.
- Desempleo.
- Hacinamiento.

- m) Otros que el equipo de salud considere.
- Riesgos Ambiental
- a) Condiciones ambientales insalubres, marginales y poco seguras.
 - b) Animales dentro de la vivienda.
 - c) Agua insegura
 - d) Contaminación.
 - e) Mal manejo de desechos.

PRESTACIONES DE PREVENCIÓN

- Control de Salud: Evaluar el desarrollo físico (valoración nutricional) y neuromuscular y psicomotriz del lactante en relación con su edad, salud bucal, agudeza visual, auditiva, neurosensorial y tamizaje de patologías prevalente
- Cumplir con el esquema de vacunación: OPV, Pentavalente (DPT+HB+Hib) Influenza pediátrica (a los 6 meses y solo en campaña).
- Administración de micronutrientes, sulfato ferroso y vitamina A hasta 36 meses de edad
- De la deficiencia y/o discapacidad
- Evaluar el bienestar del lactante e identificar anomalías congénitas o problemas médicos adquiridos.
- Prevención de la caries
- Salud mental. Detección de problemas en el desarrollo (lenguaje, motricidad, social). Además de violencia, consumo de sustancias, tabaquismo en padre/madre.
- Detección de la agudeza visual y ceguera en niños
- Detección, prevención y consejería de ITS y VIH/SIDA
- Desnutrición.- suplemento de micronutrientes, según metas en grupos de edad

PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN

Atención de la patología más frecuente en niños (normal o complicado):

- Diagnóstico y tratamiento de Enfermedades prevalentes de la infancia
- Diagnóstico y tratamiento de Enfermedades de la región, provincia
- Diagnóstico de deficiencias para evitar que se transforme en discapacidad
- Diagnóstico y tratamiento de (Infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas y parasitosis, enfermedades infecciosas y transmisibles)
- Diagnóstico, tratamiento y manejo de Retardo de crecimiento
- Diagnóstico, tratamiento y manejo de Malformación congénita
- Recuperación de trastornos de la agudeza visual en niños (estrabismo y catarata)
- Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental. Manejo de maltrato: físico, psicológico, sexual. Del desarrollo. Tratamiento de violencia intrafamiliar, consumo de sustancias, tabaquismo en padre/madre.
- Diagnóstico y tratamiento de Discapacidades
- Diagnóstico y manejo de lesiones traumáticas y de tejidos blandos (curación y suturas)
- Diagnóstico y tratamiento y/o estabilización de esguinces, luxaciones y fracturas de extremidades.
- Diagnóstico y tratamiento de emergencias medicas
- Otras

PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN

- Actividades de rehabilitación de fracturas o esguinces en el primer nivel de atención.
- Actividades de psico rehabilitación basadas en la comunidad.
- Discapacidades

VISITA DOMICILIARIA:

- Diagnóstico y Seguimiento de pacientes y familias captadas con riesgos
- Realizar la búsqueda activa de riesgos con el fin de desarrollar una intervención oportuna, los mismos que pueden ser clasificados de acuerdo a la ficha familiar (CÓDIGO CIAP).
- Niños con esquemas incompleto de vacunas
- Niños que no acuden a control de salud
- Niños de familias en riesgo.
- Seguimiento de niños con EDAS con deshidratación, Neumonías, desnutrición, discapacidades, TB, cuidados paliativos, entre otras)
- Otros determinados por el equipo de salud

CICLO DE VIDA	CONJUNTO DE PRESTACIONES INTEGRALES
<p>Niños/as de 1 a 4 años:</p> <p>Referirse a:</p> <p>Normas de Atención a la niñez. Atención Integral Enfermedades de la Infancia (AIEPI) Normas PAI Guía para la atención Oftalmológica Infantil Normas y Procedimientos de Atención en Salud Bucal.</p>	<p><u>PRESTACIONES DE PROMOCIÓN</u></p> <p>Información Educación a padres o cuidadores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover la autoconfianza de los padres en el cuidado del niño/a, Fortalecer el vínculo afectivo • Informar a padres y/o cuidadores de la importancia de la vacunación, lactancia materna hasta los dos años, alimentación complementaria. • Informar a padres y/o cuidadores de la importancia de la Higiene, salud bucal, Riesgos de accidentes en el hogar, Derechos de los niños • Promover la estimulación Psicomotriz y de Lenguaje, prevención de discapacidades, ayudas técnicas. • Promover la alimentación saludable • Generar mecanismos de motivación para que acuda a los controles mensuales en la unidad operativa • Comunicar a los padres y/o cuidadores acerca de variaciones benignas y comunes en el desarrollo del niño/a así como en el comportamiento del lactante, y, cuando corresponda, confirmarles la salud satisfactoria del niño/a. <p>Determinación de Riesgos utilizando la ficha familiar</p> <p>Riesgo Biológico:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Desnutrición. b) Antecedentes de enfermedad prevalentes de la infancia. c) Antecedentes de enfermedad crónica en el niño/a. d) Enfermedades diarreicas y respiratorias frecuentes en el niño/a. e) Alimentación no saludable. f) Niños con esquemas incompletos de vacunas. g) Niños que no acuden a control de salud <p>Riesgos Socio- económico:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Muerte evitable. b) Pobreza. c) Madre adolescente. d) Embarazo no deseado. e) Baja escolaridad de padres o cuidadores. f) Violencia intrafamiliar, maltrato infantil g) Consumo de alcohol y otras drogas. h) Hábito de fumar o fumador pasivo. i) Riesgo de accidentes. j) Desempleo. k) Hacinamiento. l) Prevención, detección y manejo de maltrato: físico, psicológico, sexual. m) Otros que el equipo de salud considere. <p>Riesgos Ambiental</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Condiciones ambientales insalubres, marginales y poco seguras. b) Animales dentro de la vivienda. c) Agua insegura d) Contaminación. e) Mal manejo de desechos
	<p><u>PRESTACIONES DE PREVENCIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Control de Salud: Evaluar el desarrollo físico (valoración nutricional) y neuromuscular y psicomotriz del niño en relación con su edad, salud bucal, agudeza visual, auditiva, neurosensorial y tamizaje de patologías prevalente • Cumplir con el esquema de vacunación DPT, OPV, SRP, Varicela, fiebre Amarilla, Influenza Pediátrica (solo en campaña) • Administración de micronutrientes, vitamina A hasta 36 meses de edad • De la deficiencia y/o discapacidad • Evaluar el bienestar del lactante e identificar anomalías congénitas o problemas médicos adquiridos. • Prevención de la caries • Detección de problemas en el desarrollo (lenguaje, motricidad, social), aptitud intelectual. Además de violencia, consumo de sustancias, tabaquismo en padre/madre. • Detección de la agudeza visual y ceguera en niños • Detección, prevención y consejería de ITS y VIH/SIDA • Desnutrición.- suplemento de micronutrientes, según metas en grupos de edad
	<p><u>PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN</u></p> <p>Atención de la patología más frecuente en niños (normal o complicado):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento de Enfermedades prevalentes de la infancia

- Diagnóstico y tratamiento de Enfermedades de la región, provincia
- Diagnóstico de deficiencias para evitar que se transforme en discapacidad
- Diagnóstico y tratamiento de (Infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas y parasitosis, enfermedades infecciosas y transmisibles)
- Diagnóstico, tratamiento y manejo de Retardo de crecimiento
- Diagnóstico, tratamiento y manejo de Malformación congénita
- Recuperación de trastornos de la agudeza visual en niños (estrabismo y catarata)
- Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental. Manejo de maltrato: físico, psicológico, sexual. Del desarrollo. Tratamiento de violencia intrafamiliar, consumo de sustancias, tabaquismo en padre/madre.
- Diagnóstico y tratamiento de Discapacidades
- Diagnóstico y manejo de lesiones traumáticas y de tejidos blandos (curación y suturas)
- Diagnóstico y tratamiento y/o estabilización de esguinces, luxaciones y fracturas de extremidades.
- Diagnóstico y tratamiento de emergencias medicas
- Otras

PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN

- Actividades de rehabilitación de fracturas o esguinces en el primer nivel de atención.
- Actividades de psico rehabilitación basadas en la comunidad.
- Discapacidades

VISITA DOMICILIARIA:

Diagnóstico y Seguimiento de pacientes y familias captadas con riesgos

- Realizar la búsqueda activa de riesgos con el fin de desarrollar una intervención oportuna, los mismos que pueden ser clasificados de acuerdo a la ficha familiar (CÓDIGO CIAP))
- Niños con esquemas incompleto de vacunas
- Niños que no acuden a control de salud
- Niños de familias en riesgo.
- Seguimiento de niños con EDAS con deshidratación, Neumonías, desnutrición, discapacidades, TB, cuidados paliativos, entre otras)
- Otros determinados por el equipo de salud

CICLO DE VIDA

CONJUNTO DE PRESTACIONES INTEGRALES

Niños/as de 5 a 9 años (ESCOLARES):

PRESTACIONES DE PROMOCIÓN

Referirse a:

Normas de Atención a la niñez. Atención Integral Enfermedades de la Infancia (AIEPI) Normas PAI Guía para la atención Oftalmológica Infantil Normas y Procedimientos de Atención en Salud Bucal.

Información Educación a padres o cuidadores

- Promover la autoconfianza de los padres en el cuidado del niño/a, Fortalecer el vínculo afectivo
- Informar a padres y/o cuidadores de la importancia de la vacunación y una buena alimentación.
- Informar a padres y/o cuidadores de la importancia de la Higiene, salud bucal, Riesgos de accidentes en el hogar, Derechos de los niños
- Promover la estimulación Psicomotriz, de aptitudes intelectuales; prevención de discapacidades, ayudas técnicas; Participación Derechos de los niños, Sexualidad saludable.
- Promover la alimentación saludable
- Generar mecanismos de motivación para que acuda a los controles en la unidad operativa
- Comunicar a los padres y/o cuidadores acerca de variaciones benignas y comunes en el desarrollo del niño/a así como en el comportamiento del niño, y, cuando corresponda, confirmarles la salud satisfactoria del niño/a.
- Promover las Escuelas Saludables
- Promover la salud bucal.
- Promoción de los derechos de los niños
- Fomentar espacios saludables

Determinación de Riesgos utilizando la ficha familiar

Riesgo Biológico:

- Malnutrición, por defecto o por exceso.
- Antecedentes de enfermedad prevalentes de la infancia.
- Antecedentes de enfermedad crónica en el niño/a.
- Enfermedades diarreicas y respiratorias frecuentes en el niño/a.
- Alimentación no saludable.
- Niños con esquemas incompletos de vacunas.
- Niños que no acuden a control de salud

Riesgos Socio- económico:

- Muerte evitable.

- b) Pobreza.
- c) Madre adolescente.
- d) Madre soltera.
- e) Embarazo no deseado.
- f) Baja escolaridad de padres o cuidadores.
- g) Violencia intrafamiliar, maltrato infantil
- h) Consumo de alcohol y otras drogas.
- i) Hábito de fumar o fumador pasivo.
- j) Riesgo de accidentes.
- k) Desempleo.
- l) Hacinamiento.
- m) Prevención, detección y manejo de maltrato: físico, psicológico, sexual.
- n) Otros que el equipo de salud considere.

Riesgos Ambiental

- a) Condiciones ambientales insalubres, marginales y poco seguras.
- b) Animales dentro de la vivienda.
- c) Agua insegura
- d) Contaminación.
- e) Mal manejo de desechos

PRESTACIONES DE PREVENCIÓN

- Control de Salud: Evaluar el desarrollo físico (valoración nutricional) y neuromuscular, psicomotriz y emocional del niño en relación con su edad, salud bucal, agudeza visual, auditiva, neurosensorial y tamizaje de patologías prevalente
- Cumplir con el esquema de vacunación DT, y SRP segunda dosis y Varicela hasta terminar las cohortes de edad (solo en campaña)
- De la deficiencia y/o discapacidad
- Evaluar el bienestar del niño e identificar anomalías congénitas o problemas médicos adquiridos.
- Prevención de la caries
- Salud mental. Detección precoz de problemas en las habilidades escolares; trastornos afectivos, emocionales. Prevención de maltrato: físico, psicológico, sexual.
- Detección de la agudeza visual y ceguera en niños
- Detección, prevención y consejería de ITS y VIH/SIDA
- Desnutrición.- suplemento de micronutrientes, según metas en grupos de edad
- Prevenir riesgos de accidentes en el hogar, escuela.
- Prevención de discapacidades, uso de ayudas técnicas

PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN

Atención de la patología más frecuente en niños (normal o complicado) incluyendo la entrega de ayudas técnicas:

- Diagnóstico y tratamiento de Enfermedades prevalentes de la infancia
- Diagnóstico y tratamiento de Enfermedades de la región, provincia
- Diagnóstico de deficiencias para evitar que se transforme en discapacidad
- Diagnóstico y tratamiento de (Infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas y parasitosis, enfermedades infecciosas y transmisibles)
- Diagnóstico, tratamiento y manejo de Retardo de crecimiento
- Diagnóstico, tratamiento y manejo de Malformación congénita
- Recuperación de trastornos de la agudeza visual en niños (estrabismo y catarata)
- Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental. Problemas de habilidades escolares; Trastornos afectivos, emocionales; maltrato infantil.
- Diagnóstico y tratamiento de Discapacidades
- Diagnóstico y manejo de lesiones traumáticas y de tejidos blandos (curación y suturas)
- Diagnóstico y tratamiento y/o estabilización de esguinces, luxaciones y fracturas de extremidades.
- Diagnóstico y tratamiento de emergencias medicas
- Otras

PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN

- Actividades de rehabilitación de fracturas o esguinces en el primer nivel de atención.
- Actividades de psico rehabilitación basadas en la comunidad.
- Discapacidades y ayudas técnicas

VISITA DOMICILIARIA:

- Diagnóstico y Seguimiento de pacientes y familias captadas con riesgos
- Realizar la búsqueda activa de riesgos con el fin de desarrollar una intervención oportuna, los mismos que pueden ser clasificados de acuerdo a la ficha familiar (CÓDIGO CIAP)
- Niños con esquemas incompleto de vacunas
- Niños que no acuden a control de salud
- Niños de familias en riesgo.
- Seguimiento de niños con problemas de salud según la edad, cuidados paliativos, entre otras)
- Otros determinados por el equipo de salud

CICLO DE VIDA

CONJUNTO DE PRESTACIONES INTEGRALES

Adolescentes 10 a 19 años:

PRESTACIONES DE PROMOCIÓN

Referirse a:

Normas y Procedimientos de Atención para la atención integral de Salud de Adolescentes. Protocolo de atención integral a adolescentes. Normas PAI Normas y Procedimientos de Atención en Salud Bucal.

Información Educación a padres, adolescentes o cuidadores

- Promover la autoconfianza de los padres en el cuidado del adolescente, Fortalecer el vínculo afectivo
- Información Educación sobre: Nutrición, Higiene, Sedentarismo, Salud bucal, Riesgos de accidentes en el escuela, comunidad, Violencia , Derechos , Salud Sexual y reproductiva, Alcoholismo, drogas, tabaquismo, culturas urbanas y juveniles.
- Promover Crecimiento y desarrollo.
- Promoción de salud sexual y reproductiva, salud mental, salud bucal.
- Procesos identitarios en adolescentes y jóvenes así como de identificación social
- Fomentar espacios saludables, recreativos, con otras instituciones
- Generar mecanismos de motivación para que acuda a los controles en la unidad operativa
- Comunicar a los padres y/o cuidadores acerca de variaciones benignas y comunes en el desarrollo del niño/a así como en el comportamiento del niño, y, cuando corresponda, confirmarles la salud satisfactoria del niño/a.

Determinación de Riesgos utilizando la ficha familiar

Riesgo Biológico:

- a) Malnutrición, por defecto o por exceso.
- b) Antecedentes de enfermedad prevalentes de la infancia.
- c) Antecedentes de enfermedad crónica en el/la adolescente.
- d) Alimentación no saludable.
- e) Inicio de precoz de relaciones sexuales
- f) Tos más de 14 días, TB

Riesgos Socio- económico:

- a) Muerte evitable.
- b) Pobreza.
- c) Discapacidad
- d) Embarazo en adolescente.
- e) Embarazo no deseado
- f) Deserción escolar
- g) Madre soltera.
- h) Baja escolaridad de padres o cuidadores.
- i) Violencia intrafamiliar, maltrato infantil
- j) Consumo de alcohol y otras drogas.
- k) Hábito de fumar o fumador pasivo.
- l) Riesgo de accidentes.
- m) Desempleo.
- n) Hacinamiento.
- o) Prevención, detección y manejo de maltrato: físico, psicológico, sexual.
- p) Trastornos de depresión, de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia nerviosa) intento de suicidio, violencia
- q) Otros que el equipo de salud considere.

Riesgos Ambiental

- a) Condiciones ambientales insalubres, marginales y poco seguras.
- b) Animales dentro de la vivienda.
- c) Agua insegura
- d) Contaminación.
- e) Mal manejo de desechos

PRESTACIONES DE PREVENCIÓN

- Control de Salud: Evaluar el desarrollo físico (valoración nutricional), psicomotriz y emocional del adolescente en relación con su edad,

- Vacunación: Hepatitis B y Varicela hasta terminar las cohortes de edad.
- Atención: Crecimiento y desarrollo, atención en salud sexual y reproductiva, salud mental, salud bucal.
- Atención preventiva de adolescentes en riesgo:
- Malnutrición: obesidad
- Sicosociales: depresión, consumo de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia nerviosa) intento de suicidio, violencia.
- Infecciones de transmisión sexual, embarazo adolescente.
- Tuberculosis (tos por más de 15 días)
- Inactividad Física. Discapacidad
- De la deficiencia y/o discapacidad
- Evaluar el bienestar del adolescente e identificar anomalías congénitas o problemas médicos adquiridos.
- Prevención de la caries
- Salud mental. Detección de problemas de violencia, aprendizaje, afectivos, emocionales; trastornos de la alimentación; consumo de alcohol y otras drogas; prácticas sexuales de riesgo, embarazos no planificados.
- Detección de la agudeza visual y ceguera
- Detección, prevención y consejería de ITS y VIH/SIDA
- Desnutrición.- suplemento de micronutrientes, según metas en grupos de edad
- Prevenir riesgos de accidentes en el hogar.
- Prevención de discapacidades, uso de ayudas técnicas

PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN

Atención de la patología más frecuente en adolescentes (normal o complicado) incluyendo la entrega de ayudas técnicas y cuidados paleativos:

- Diagnóstico y tratamiento de Enfermedades prevalentes de la adolescencia
- Diagnóstico y tratamiento de Enfermedades de la región, provincia
- Diagnóstico de deficiencias para evitar que se transforme en discapacidad
- Diagnóstico y tratamiento de (Infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas y parasitosis, enfermedades infecciosas y transmisibles)
- Diagnóstico, tratamiento y manejo de Retardo de crecimiento
- Diagnóstico, tratamiento y manejo de Malformación congénita
- Recuperación de trastornos de la agudeza visual en adolescentes (estrabismo y catarata)
- Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental. Trastornos afectivos, emocionales, de la alimentación; violencia; problemas de aprendizaje.
- Diagnóstico y tratamiento de Discapacidades
- Diagnóstico y manejo de lesiones traumáticas y de tejidos blandos (curación y suturas)
- Diagnóstico y tratamiento y/o estabilización de esguinces, luxaciones y fracturas de extremidades.
- Diagnóstico y tratamiento de emergencias medicas
- Otras

PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN

- Actividades de rehabilitación de fracturas o esguinces en el primer nivel de atención.
- Actividades de psico rehabilitación basadas en la comunidad.
- Discapacidades y ayudas técnicas

VISITA DOMICILIARIA:

- Diagnóstico y Seguimiento de pacientes y familias captadas con riesgos
- Realizar la búsqueda activa de riesgos con el fin de desarrollar una intervención oportuna, los mismos que pueden ser clasificados de acuerdo a la ficha familiar (CÓDIGO CIAP)
- Seguimiento de problemas de salud o discapacidad.
- Adolescentes con esquemas incompletos de vacuna.
- Cuidados paliativos a niños en etapa terminal de la vida)
- Otros determinados por el equipo de salud

CICLO DE VIDA

CONJUNTO DE PRESTACIONES INTEGRALES

Adulto joven 20 a 64 años:

PRESTACIONES DE PROMOCIÓN

Información Educación

Referirse a:

Normas del Programa de Salud Preventiva del Adulto 20 a 64

- Nutrición
- Salud bucal
- Buen trato
- Derechos
- Salud Sexual y reproductiva
- Salud Mental

años
Normas PAI
Normas y
Procedimientos de
Atención en Salud
Bucal.

- Culturas urbanas, juveniles
- Participación social y exigencia de Derechos
- Discapacidad, ayudas técnicas.

Determinación de Riesgos utilizando la ficha familiar

Riesgo Biológico:

- Malnutrición, por defecto o por exceso.
- Antecedentes patológicos familiares de enfermedad crónicas.
- Alimentación no saludable.
- Relaciones sexuales no seguras.
- Tos más de 14 días, TB.
- Riesgos cardiovascular
- Riesgos metabólicos
- Detección oportuna de cáncer: cérvico-uterino, mama.
- Detección oportuna de cáncer de próstata.
- Salud Bucal
- Planificación Familiar

Riesgos Socio- económico:

- Muerte evitable.
- Pobreza.
- Discapacidad
- Embarazo en adolescente.
- Embarazo no deseado
- Deserción escolar
- Madre soltera.
- Baja escolaridad.
- Violencia intrafamiliar, maltrato infantil
- Consumo de alcohol y otras drogas.
- Hábito de fumar o fumador pasivo.
- Riesgo de accidentes.
- Desempleo.
- Hacinamiento.
- Prevención, detección y manejo de maltrato: físico, psicológico, sexual.
- Trastornos Psicosociales: depresión, consumo de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia nerviosa) intento de suicidio, violencia. Trastornos emocionales, afectivos. Deterioro mental y cognitivo
- Otros que el equipo de salud considere.

Riesgos Ambiental

- Condiciones ambientales insalubres, marginales y poco seguras.
- Animales dentro de la vivienda.
- Agua insegura
- Contaminación.
- Mal manejo de desechos

PRESTACIONES DE PREVENCIÓN

- Atención salud preventiva en adulto: Riesgos cardiovascular, Riesgos metabólicos, Detección oportuna de cáncer: cérvico-uterino, mama, Malnutrición: obesidad, Sicosociales: depresión, consumo de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia nerviosa) intento de suicidio, violencia, Infecciones de transmisión sexual, Tuberculosis (tos por más de 15 días)
- Salud Bucal, Prevención de la caries
- Planificación Familiar
- Diagnóstico de deficiencias y discapacidades
- Vacunación: DT embarazadas y MEF en áreas de alto riesgo.
- Atención preventiva del adulto en riesgo:
- Malnutrición: obesidad
- Salud mental: trastornos afectivos, emocionales, cognitivos; consumo de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia nerviosa) intento de suicidio, violencia, trastornos cognitivos.
- Inactividad Física. Discapacidad
- De la deficiencia y/o discapacidad
- Evaluar el bienestar del adulto e identificar anomalías congénitas o problemas médicos adquiridos.
- Detección de la agudeza visual y ceguera
- Detección, prevención y consejería de ITS y VIH/SIDA
- Desnutrición.- suplemento de micronutrientes, según metas en grupos de edad
- Prevenir riesgos de accidentes en el hogar.
- Prevención de discapacidades, uso de ayudas técnicas

PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN

Atención de las patologías más frecuente: Diabetes, hipertensión, enfermedad isquémica cardíaca, enfermedad renal, cerebro-vascular, neoplasias, Tuberculosis, Infecciones de transmisión sexual, metaxémicas, depresión, ansiedad, problemas cognitivos, discapacidades y cuidados paliativos en la etapa terminal de la vida

PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN

- Actividades de rehabilitación de fracturas o esguinces en el primer nivel de atención.
- Actividades de psico rehabilitación basadas en la comunidad.
- Discapacidades y ayudas técnicas

VISITA DOMICILIARIA:

- Diagnóstico y Seguimiento de pacientes y familias captadas con riesgos
- Realizar la búsqueda activa de riesgos con el fin de desarrollar una intervención oportuna, los mismos que pueden ser clasificados de acuerdo a la ficha familiar (CÓDIGO CIAP)
- Seguimiento de problemas de salud mental, discapacidad grave y cuidados paliativos.
- Otros determinados por el equipo de salud

CICLO DE VIDA	CONJUNTO DE PRESTACIONES INTEGRALES
<p>Adulto mayor > 65 años:</p> <p>Referirse a:</p> <p>Normas y protocolos de Atención Integral del Adulto Mayor mayores de 65 años</p> <p>Normas PAI</p> <p>Normas y Procedimientos de Atención en Salud Bucal.</p>	<p><u>PRESTACIONES DE PROMOCIÓN</u></p> <p>Información Educación a miembros de la familia (cuidadores)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nutrición • Salud bucal • Buen trato • Salud Mental • Salud sexual • Envejecimiento activo • Participación social y exigencia de Derechos • Discapacidad • Fomentar espacios saludables, recreativos, con otras instituciones <p>Determinación de Riesgos utilizando la ficha familiar</p> <p>Riesgo Biológico:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Malnutrición, por defecto o por exceso. b) enfermedades crónicas. degenerativa c) Alimentación no saludable. d) Accidentes propios de la edad e) Tos más de 14 días, TB. f) Demencia señil <p>Riesgos Socio- económico:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Muerte evitable. b) Pobreza. c) Discapacidad d) Desempleo. e) Violencia intrafamiliar. f) Soledad y/o abandono g) Consumo de alcohol o drogas. h) Hábito de fumar o fumador pasivo. i) Riesgo de accidentes. j) Hacinamiento. k) Prevención, detección y manejo de maltrato: físico, psicológico, sexual. l) Trastornos de depresión, intento de suicidio, violencia. m) Deterioro mental y cognitivo n) Otros que el equipo de salud considere. <p>Riesgos Ambiental</p> <ol style="list-style-type: none"> f) Condiciones ambientales insalubres, marginales y poco seguras. g) Animales dentro de la vivienda. h) Agua insegura i) Contaminación. j) Mal manejo de desechos

PRESTACIONES DE PREVENCIÓN

- Valoración Geriátrica Integral:
- Identificar factores de riesgo, condicionantes de deterioro funcional y cognitivo
- Valoración precoz y diagnóstico de la fragilidad.
- Dependencia Funcional
- Salud Bucal
- Violencia, consumo de alcohol, tabaquismo
- Vacunación: Neumococo polisacárido e Influenza Estacional solo en campañas anuales.
- Prevención, detección y manejo de violencia, maltrato y discapacidad

PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN

Atención de la patología más frecuente:

- Síndromes Geriátricos
- Prevención y diagnóstico de problemas visuales, auditivos (detección de catarata, retinopatía diabética), motrices, y otras discapacidades.
- Depresión, ansiedad.
- Cuidados paliativos en etapa terminal de la vida

PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN

- Actividades de rehabilitación de fracturas o esguinces en el primer nivel de atención.
- Actividades de psico rehabilitación basadas en la comunidad.
- Discapacidades y ayudas técnicas

VISITA DOMICILIARIA:

- Diagnóstico y Seguimiento de pacientes y familias captadas con riesgos
- Realizar la búsqueda activa de riesgos con el fin de desarrollar una intervención oportuna, los mismos que pueden ser clasificados de acuerdo a la ficha familiar (CÓDIGO CIAP)
- Seguimiento de problemas de salud, discapacidad grave salud mental y cuidados paliativos.
- Atención en casos de postración o discapacidad y cuidados paliativos
- Otros determinados por el equipo de salud

CICLO DE VIDA

CONJUNTO DE PRESTACIONES INTEGRALES

Embarazadas

PRESTACIONES DE PROMOCIÓN

Referirse a:

Normas y protocolos Materno Normas PAI Normas y Procedimientos de Atención en Salud Bucal.

Información Educación a embarazada y su pareja

- Lactancia Materna
- Cuidado del Recién Nacido.
- Salud bucal
- Buen trato
- Salud mental
- Fortalecimiento de vínculo afectivo con el recién nacido
- Preparación al parto
- Participación social y exigencia de Derechos
- Promover el parto institucional
- Promover preparación para el parto

Determinación de Riesgos utilizando la ficha familiar

Riesgo Biológico:

- a) Riesgos en el primer trimestre de embarazo.
- b) Riesgos en el segundo trimestre de embarazo
- c) Riesgos en el tercer trimestre de embarazo

Riesgos Socio- económico:

- a) Muerte evitable.
- b) Pobreza.
- c) Discapacidad
- d) Desempleo.
- e) Violencia intrafamiliar.
- f) Soledad y/o abandono
- g) Consumo de alcohol y otras drogas.
- h) Hábito de fumar o fumador pasivo.
- i) Riesgo de accidentes.
- j) Hacinamiento.
- k) Prevención, detección y manejo de maltrato: físico, psicológico, sexual.
- l) Trastornos de depresión, intento de suicidio, violencia.

- m) Deterioro mental y cognitivo
 - n) Otros que el equipo de salud considere.
- Riesgos Ambiental
- a) Condiciones ambientales insalubres, marginales y poco seguras.
 - b) Animales dentro de la vivienda.
 - c) Agua insegura
 - d) Contaminación.
 - e) Mal manejo de desechos..

PRESTACIONES DE PREVENCIÓN

- Control prenatal: evaluación estado nutricional, salud bucal, y tamizaje de patologías prevalente. Consejería genética
- Vacunación: dT embarazadas
- Prevención, detección y manejo de violencia y maltrato, drogodependencia. Trastornos afectivos, emocionales.
- Prevención de embarazadas que no acuden a control (visitas domiciliarias)
- Atención de postparto (visitas domiciliarias)
- Seguimiento de problemas de salud (visitas domiciliarias)
- Captación de embarazadas en puerperio
- Parto domiciliario

PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN

Atención de la patología más frecuente en embarazadas

- En el parto
- En el postparto:
- Enfermedades perinatales
- Ansiedad, depresión leve.
- Atención de parto

PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN

- Actividades de rehabilitación de fracturas o esguinces en el primer nivel de atención.
- Actividades de psico rehabilitación basadas en la comunidad.
- Discapacidades y ayudas técnicas

VISITA DOMICILIARIA:

- Diagnóstico y Seguimiento de pacientes y familias captadas con riesgos
- Realizar la búsqueda activa de riesgos con el fin de desarrollar una intervención oportuna, los mismos que pueden ser clasificados de acuerdo a la ficha familiar (CÓDIGO CIAP)
- Embarazadas que no acuden a control
- Seguimiento de problemas de salud
- Captación de embarazadas en puerperio
- Parto domiciliario Otros determinados por el equipo de salud

Atención Familiar

CICLO VITAL FAMILIAR	CONJUNTO DE PRESTACIONES INTEGRALES
	<ul style="list-style-type: none"> • Visita Domiciliaria • Utilización de la Ficha Familiar: Llenado, análisis y toma de decisiones
	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del medio físico y ambiente humano • Detección de riesgos biológicos, sanitarios, socioeconómicos y determinación de factores protectores
Atención básica a las personas por ciclos de vida:	<ul style="list-style-type: none"> • Detección y captación temprana del recién nacido • Detección y captación temprana de mujeres en edad fértil para anticoncepción, embarazadas, y madre post-parto. • Identificación de adolescentes en riesgo. • Control y vigilancia del crecimiento y desarrollo: (valoración antropométrica en adultos y adultos mayores). • Valoración de agudeza visual y auditiva. • Vacunación. • Detección y captación de personas con discapacidad • Detección temprana de deficiencias congénitas y adquiridas. • Estimulación temprana de las deficiencias • Atención y referencia para rehabilitación dependiendo del tipo de discapacidad • Atención, valoración y referencia en salud oral • Atención, valoración y referencia en salud mental • Profilaxis de anemia y parasitosis intestinal en niños y adolescentes
	<p>Detección, atención básica y captación de morbilidad prevalente. Detección temprana, clasificación, seguimiento y referencia de casos de riesgo y con problemas específicos y enfermedades. Promoción, información y educación para la salud. Promoción de la participación social y comunitaria en salud. Promoción, organización y capacitación de grupos específicos Vigilancia de muertes infantiles y maternas. Detección y seguimiento de casos de maltrato intrafamiliar Detección y seguimiento de familias en riesgo Detección, registro y reporte de enfermedades de notificación obligatoria Registro de actividades</p>

Atención Comunidad

COMUNIDAD	CONJUNTO DE PRESTACIONES INTEGRALES
Referirse a: Sistemas de Vigilancia Epidemiológica	Conformación Redes Sociales Locales de Salud
	Plan de Salud
Guía de Elaboración de Proyectos Manual de capacitación del Subproceso de epidemiología.	Elaboración y ejecución de Proyectos
	<p>Promoción.</p> <p>Incorporación progresiva y sistemática de la población al ejercicio físico: se iniciara con Clubes de adultos mayores, de hipertensos, diabéticos, embarazadas y puérperas, posteriormente en lugares de trabajo, escuelas, etc.</p> <p>Realizar actividades educativas que contribuyan a disminuir los factores de riesgo identificados en la comunidad. Entre ellos la obesidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatía isquémica, accidente vascular encefálico, cáncer, sedentarismo, malos hábitos alimentarios, hábito de fumar, violencia, maltrato infantil, consumo excesivo de alcohol.</p> <p>Promover acciones para controlar los riesgos de accidente en el domicilio, escuelas, lugares de trabajo, lugares públicos y del tránsito.</p> <p>Educar a la población en la importancia y la responsabilidad sobre: la vacunación, diagnóstico precoz del cáncer: cérvico-uterino, mamas, higiene bucal y la atención estomatológica periódica, control de los niños y la vigilancia de su desarrollo, de su proceso de aprendizaje, del lenguaje; control de las madres embarazadas y riesgos, cuidado del recién nacido, Atención preventiva del adulto, Lactancia materna, cómo evitar enfermedades transmisibles, respiratorias, digestivas entre otras enfatizando en Infecciones respiratorias aguda, enfermedades diarreicas agudas, Tuberculosis, Infecciones de Transmisión sexual y VIH/SIDA, Paludismo, Dengue, sexualidad Humana, planificación familiar, embarazo en adolescentes, higiene personal y cuidado ambiental, alcoholismo y otras drogas y sus efectos. Discapacidad y cuidados paliativos.</p>
Entornos saludables	<p>Identificación y manejo de problemas y riesgos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vigilancia de calidad de agua, Vigilancia de eliminación de desechos sólidos, Vigilancia de excretas, Vigilancia de plaguicidas, Vigilancia y control de vectores, Vigilancia comunitaria de violencia, maltrato, drogas, alcohol,
	<p>Para la construcción social de las estrategias comunitarias en el marco del Modelo de Atención Integral de salud; es necesario construir lineamientos técnicos para la generación de comunidades y entornos saludables a través de guías metodológicas, que contienen mecanismos de abogacía, negociación y herramientas de participación comunitaria.</p> <p>Las estrategias a trabajar en esta dimensión son las siguientes:</p> <p>Distritos Saludables: Ejecución a cargo de los Distritos de salud</p> <p>Comunidades Saludables: Ejecución a cargo de las Unidades Operativas y los Equipos integrales de salud</p> <p>Desarrollo Comunitario: Concertación Local para la Salud (construcción de espacios de diálogo sobre los determinantes de salud y las estrategias a desarrollar) Educación para la Salud y participación social Trabajo con Agentes Comunitarios Escuelas Promotoras de Salud Sistema de Vigilancia Comunitaria en Salud</p>

	<p>Salud Ambiental Vigilancia y Control de Riesgos</p>
<p>Distritos Saludables</p>	<p>Distritos Saludables es una estrategia que implica el esfuerzo de coordinación entre el sistema de salud y los gobiernos locales para promover entornos saludables a través de la generación de políticas públicas saludables que propicien la participación ciudadana, el bienestar y desarrollo de sus comunidades, de manera que influyan sobre los determinantes de la salud.</p> <p>Los Procesos identificados son:</p> <p>Convocatoria y Sensibilización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación de problemas y necesidades locales • Desarrollo de capacidades locales (talleres de capacitación, análisis de resultados) • Compromiso de gobiernos locales (firma de actas compromisos) • Capacitación a gobiernos locales (análisis de resultados) • Organización (establecer un comité intersectorial, directorio institución se obtiene del mapeo de actores) • Planificación (desarrollo del portafolio de intervención) • Ejecución (trabajar en forma coordinada, promover políticas públicas) • Seguimiento Y Evaluación (cronograma de reuniones que permita revisar información en forma periódica, consolidar estrategias, analizar experiencias demostrativas más relevantes)
<p>Comunidades Saludables</p>	<p>Es el desarrollo local, de actividades dirigidas a fomentar el cuidado de la comunidad</p> <p>Los Procesos identificados son</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo Comunitario: <ul style="list-style-type: none"> Fomenta localmente la participación de los ciudadanos, en corresponsabilidad de acciones para los cuidados de la salud. A través de esta estrategia se desarrolla el Plan Local de Salud. Las actividades principales: <ul style="list-style-type: none"> ○ Conformación de equipos de los Consejos Parroquiales de Salud, con participación de las autoridades e instituciones locales de la comunidad, autoridades del establecimiento de salud y representaciones de la sociedad civil. ○ Elaboración de Análisis Comunitario de Salud (utiliza el ASIS) ○ Elaboración anual del Plan Local de Salud periódica del Riesgo comunal ○ Elaboración, negociación y ejecución de proyectos ○ Calificación periódica de comunidades saludables • Concertación Local para la Salud: <p>La Concertación Local para la Salud es el espacio de alianzas interinstitucionales e intersectoriales, con la participación activa y organizada de la comunidad, para formular y ejecutar políticas locales para el desarrollo comunitario, el control social, el ejercicio de la ciudadanía y sus derechos.</p> <p>Las actividades principales son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Concertación Local e Interinstitucional para la Salud ○ Plan de Trabajo ○ Trabajo con Recursos de la Comunidad ○ Está basado en el trabajo colaborativo de miembros de la comunidad. Requiere que el personal de salud promocióne su organización, los capacite e incorpore a las acciones de salud. <p>La integración de los recursos de la comunidad implica seguimiento y evaluación de los resultados. El trabajo de los recursos de la comunidad puede expresarse de diversas formas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Recuperación y aprovechamiento de los conocimientos y capacidades de las comunidades. ○ Acompañamiento y participación en la elaboración de los diagnósticos y en la planificación de las acciones de salud a desarrollarse. ○ Colaboración en acciones específicas de las Estrategias Sanitarias (inmunizaciones, seguimiento de casos de tuberculosis, control vectorial, detección de casos de malaria, veedurías, etc), ○ El Sistema de Vigilancia Comunal está basado en el trabajo de los recursos de la comunidad, sin embargo, para fines metodológicos su concepto y procesos se desarrollarán en las estrategias de VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA. Revisar el documento de Epidemiología y Diplasede del MSP Ecuador ○ Las actividades a realizar son: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Selección, capacitación, educación continua, seguimiento de recursos de la comunidad ▪ Implementación con materiales, equipos e insumos
<p>Trabajo Comunitario:</p>	<p>Sensibiliza a actores sociales: sociedad civil y Gobierno local:</p>
<p>Socializa “El Modelo de Atención”.</p>	<p>Análisis de la situación de salud.</p>
<p>Participación social y comunitaria en la localidad:</p>	<p>para la elaboración de la Programación Local y Participativa con la participación activa</p>

de todos los actores sociales de la comunidad.
Evaluación del medio físico y ambientes humanos.
Detección y seguimiento de personas en ambientes de riesgo.
Atención básica de adultos mayores enfermos y deficientes.
Detección, captación, referencia y seguimiento grupos de riesgo (niños y jóvenes en situación de callejización, adolescentes embarazadas, personas con conductas de riesgo , adultos mayores en riesgo, etc.
Detección de niños/niñas, jóvenes y adultos con deficiencias o discapacidades
Detección seguimiento y/o referencia de casos de maltrato y violencia intrafamiliar.
Promoción y organización de la salud para grupos específicos, como el caso de las personas con discapacidades, comisiones de alimentación e higiene.
Detección de medios de comunicación colectiva locales.
Promover la creación de áreas y ambientes saludables para adolescentes y adultos mayores
Promover la creación de áreas comunitarias para rehabilitación básica y orientación de la familia y la persona con discapacidad.
Investigación sobre la morbilidad y mortalidad, morbideficiencia y las situaciones sociales de riesgo de la población.
Promoción y educación para la salud y para las actividades de rehabilitación con tecnología simplificada.
Vigilancia de la morbideficiencia a través de la detección temprana de deficiencias.
Vigilancia de muertes infantiles y maternas.
Promoción de la participación social y comunitaria: (movilización de la comunidad en torno a temas de salud).

c. Actividades Extramurales

Actividades generales	Actividades específicas	Frecuencia	Meta Anual
Diagnóstico Situacional	Diagnóstico Inicial	Una vez al año	Diagnóstico situacional actualizado
	Diagnostico dinámico	Permanente	
	Evaluación anual	Final del año	
	Estudios especiales	De acuerdo a la necesidad	
Elaboración de Mapa Parlante	Actualización mapa	Permanente	Mapa actualizado
Visitas domiciliarias	Diagnóstico Familiar (Ficha Familiar)	Permanente	De acuerdo al cumplimiento de las programaciones
	Seguimiento de casos	minimo 3 al año por caso	
	Atención medica exclusiva en casos especiales como ancianos, discapacitados, pacientes terminales y emergencias. En zonas urbanos marginales y rurales en donde se hayan identificado familias en riesgo que por su situación no puedan acceder al servicio se dara la atención necesaria en su domicilio	De acuerdo a la necesidad	
Brigadas médicas	Brigadas médicas en poblaciones de difícil acceso, poblaciones en riesgo, escuelas, lugares de trabajo, etc	Una mensual	
Actividades de promoción es población especifica	Formación de clubes de embarazadas, hipertensos, diabéticos y adulto mayor	Permanente	
Actividades de educación	Zonas de riesgo	Permanente	
Capacitación a gestores comunitarios	capacitación de promotores en normas de atención comunitaria	Anual	
Actividades con la red social	Reuniones de la red	Bimensual	
	Desarrollo de estrategias de articulación de los gestores comunitarios con el equipo de salud en el marco de atención integral	Permanente	
	Desarrollo de proyectos en salud	anual	Metas del proyecto

d. Actividades odontologicas

FUNCIONES, ACTIVIDADES PARA EL ODONTOLOGO DEL EQUIPO INTEGRAL DE SALUD¹⁰⁰

El Plan de Salud Bucal, dentro del nuevo Modelo de Atención Integral de Salud, Intercultural Familiar y Comunitaria, tiene un enfoque en la Promoción y Prevención, estableciendo un adecuado equilibrio con los componentes curativo y restaurativo y una relación de complemento con la atención médica, además busca articularse con los programas de atención a las personas, a fin de mejorar la calidad de salud y vida, eliminando las disparidades sanitarias y facilitando la colaboración entre las personas, profesionales de salud, comunidades y de todos los niveles de la sociedad.

La salud bucal está dirigida a la familia y a la comunidad con atención directa a los miembros más vulnerables, además está basada en el principio de atención de calidad y de ser accesible a todos. Las intervenciones tienen énfasis en la educación de la salud bucal, la prevención y el control de la morbilidad de las principales patologías en especial de la caries dental.

Para que este Plan alcance sus objetivos, es fundamental promover que la comunidad se comprometa con este, entendiendo su importancia como parte integrante y activa del proceso social, económico y cultural enfocando a la salud bucal dentro del concepto de mejorar la salud general.

La salud bucal está relacionada directamente a los problemas sociales de las comunidades. La participación e integración de las comunidades es fundamental. Los principios básicos de la atención primaria son tomados en cuenta en los programas de salud bucal colectivos, para que se obtengan soluciones durables con la participación de la comunidad y la cooperación e integración multisectorial. Tomar estas medidas evitará que los esfuerzos se transformen en simples paliativos, reafirmando servicios de salud equitativos y de calidad.

La cobertura del Plan será creciente y apoya la intersectorialidad y a la red de servicios de salud bucal. La gestión del Plan es descentralizada y de responsabilidad compartida, la gerencia debe ser participativa como garantía de adecuación del Modelo de Atención a las necesidades del entorno. Los servicios de salud bucal se deben prestar en los establecimientos de salud y en la comunidad apoyados por el equipo básico de salud EBAS.

Para el control de la calidad de los servicios odontológicos y la práctica profesional se realizará de manera periódica una medición de desempeño para tener un diagnóstico operativo de las áreas y fortalecer la infraestructura, capacidades humanas y equipamiento necesario para su buen desempeño, de esta manera se podrá conseguir un mejoramiento continuo de la calidad en salud bucal.

El odontólogo operativo es el que brinda al individuo sano o enfermo para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud bucal y atención de emergencias. El odontólogo debe cumplir con las medidas de bioseguridad y principios de epidemiología.

ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	
EXTRAMURAL	EN LA CONSULTA
<p>Promoción de la salud bucal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de hábitos y comportamientos saludables en salud bucal, dentro de la familia • Comunicación, educación y consejería a las madres, o representantes de la familia en: <ul style="list-style-type: none"> ○ Importancia de la lactancia materna ○ Seguridad alimentaria: nutrición, micronutrientes y dieta no cariogénica ○ Hábitos saludables en salud bucal: limpieza de dientes y encías; técnica 	<p>Sus funciones son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaborar la programación local en su unidad operativa de acuerdo a lo que establece el modelo de atención vigente para los diferentes ciclos de vida y dar a conocer al Director de la unidad operativa y al odontólogo del área. • Ejecutar el Programa Nacional de Salud Bucal según las Normas del Primer Nivel Atención. • Ser el responsable del registro del sistema de información, la recolección y análisis de los datos de las actividades odontológicas cumplidas y presentar el informe al nivel superior. • Responsabilizarse de la conservación y mantenimiento

¹⁰⁰ Elaborado por Equipo de Normalización de Salud Bucal 2009 – 2010 - 2011

<p>de cepillado; control de placa bacteriana; utilización del hilo dental.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Otros de acuerdo a la necesidad 	<p>del equipo, instrumental y biomateriales entregados y solicitar oportunamente su reposición</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordinar con los directores de las escuelas, personal docente, padres de familia y líderes comunitarios, para la ejecución del programa de salud bucal en escolares. • Concurrir obligatoriamente a las reuniones técnico administrativas convocadas por los niveles jerárquicos superiores. • Supervisar al personal auxiliar odontológico asignado a la unidad operativa. • Coordinar las actividades con los demás miembros del equipo de salud. • Cumplir con las demás actividades relacionadas a su cargo y demás que por ley y reglamento le fueren asignadas por sus superiores
<p>Prevención de las principales patologías:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Detección de placa bacteriana y enseñanza de técnica de cepillado • Aplicación de sellantes (si cuenta con las facilidades necesarias de equipamiento y bioseguridad. • Aplicación de flúor gel acidulado al 2% • Aplicación de flúor laca <p>Aplicación de la técnica ART (técnica de restauración atraumática) (si cuenta con las facilidades necesarias de equipamiento y bioseguridad)</p>	<p>Referencia: El Odontólogo del Equipo Básico de Salud, debe referir al servicio odontológico, a toda persona que necesite tratamiento.</p> <p>1 frasco 80 1 hora por niño 3 calzas 15 min por pieza PARA TRABAJO EXTRAMURAL</p> <p>INSTRUMENTAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Espejos bucales - Exploradores - Pinza para algodón - Cucharetas: pequeñas, medianas y grandes - Hatchet - Caver - Diamante <p>NOTA: Cada odontólogo deberá contar con 8 equipos</p> <p>BIOMATERIALES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ionómero de vidrio - Flúor gel acidulado al 2% - Flúor laca <p>INSUMOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Guantes - Mascarillas - Gorro - Rollos de algodón - Algodón en rama - Vaselina - Papel articular - Cubetas desechables - Papel toalla - Fundas para basura - Mandil
<p>NOTA: La cantidad de biomateriales e insumos requeridos por cada odontólogo dependerá del número de pacientes a ser atendidos. En relación a los aspectos técnicos de la Norma, referirse a las Normas y Protocolos de Salud Bucal para el I nivel de atención.</p>	
<p>PROTOSCOLOS DE PREVENCIÓN DE LAS PRINCIPALES PATOLOGÍAS BUCO DENTALES.</p>	

CEPILLADO DENTAL

Definición

Es la forma mecánica de eliminación de placa bacteriana y restos alimenticios. La duración aproximada de un cepillado no debe ser menor de cinco minutos, que es lo que aproximadamente llevaría hacer ese recorrido por todas las superficies de los dientes y de la lengua.

Procedimiento:

- Cepille los dientes anteriores colocando las cerdas sobre la encía en un ángulo de 45 grados. Las cerdas deben estar en contacto con la superficie dental y la encía.
- Cepille suavemente la superficie dental externa de 2 ó 3 dientes por vez con un movimiento rotatorio de adelante hacia atrás. Mueva el cepillo al próximo grupo de 2 ó 3 dientes y repita la operación.
- Mantenga un ángulo de 45 grados con las fibras en contacto con la superficie dental y la encía. Para el cepillado de los molares, cepille suavemente con un movimiento circular al mismo tiempo realice un movimiento de adelante hacia atrás sobre toda la superficie interna.
- Incline el cepillo verticalmente detrás de los dientes frontales. Haga varios movimientos de arriba hacia abajo usando la parte delantera del cepillo.
- Ponga el cepillo sobre la superficie masticatoria y haga un movimiento suave de adelante hacia atrás.
- Cepille la lengua de adelante hacia atrás para eliminar las bacterias que producen el mal aliento.

Indicaciones

Es importante que no se humedezca el cepillo para no crear espuma, lo que nos impediría ver con claridad. Como norma general, la cantidad de pasta dental a utilizar debe ser la del tamaño de la uña del dedo meñique de la niño/a o del tamaño de una lenteja

Recomendaciones

Los cepillos deben guardarse secos y limpios, cambiarse aproximadamente cada tres meses y no se deben compartir. La placa bacteriana vuelve a establecerse sobre la superficie dental a las pocas horas tras su eliminación, por lo que los dientes deben cepillarse al menos una o dos veces al día. Lo ideal es que se realice el cepillado después de cada comida, aunque se recomienda que el cepillado más minucioso se realice por la noche antes de acostarse.

UTILIZACIÓN DEL HILO DENTAL

Definición

La utilización correcta del hilo dental previene la formación de caries interproximales (entre los dientes) y las enfermedades periodontales, principales problemas de salud bucal de la población, los dientes y encías permanecerán sanos, porque el hilo dental permite acceder a zonas donde el cepillo de dientes no alcanza.

Procedimiento:

- Enrolle 20 centímetros de hilo dental alrededor del dedo medio de cada

<p>mano.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mantenga estirado 2 a 3 centímetros de hilo entre los dedos. Use los dedos índices para guiar el hilo dental entre las superficies de contacto de los dientes inferiores. ➤ Guíe suavemente el hilo dental entre los dientes usando un movimiento de "zig-zag". Introduzca cuidadosamente el hilo entre los dientes y alrededor del diente. ➤ Deslice el hilo dental de arriba hacia abajo sobre la superficie del diente y también debajo de la encía. ➤ Después de pasarlo por todos los dientes, enjuagar vigorosamente la boca para eliminar la placa y los residuos de los espacios interdentes. 			
<p>Indicaciones</p>	<p>La limpieza con el hilo dental en los niños/as debe ser realizada por la madre o responsable del niño que esté debidamente adiestrado para que pueda insertar el hilo dental sin lesionar la papila interdientaria.</p> <p>El hilo dental que se utilice para la limpieza dental debe ser sin cera deslizando.</p> <p>Con el empleo del hilo dental y de un enjuague bucal (colutorios) se estaría completando de manera eficiente nuestro aseo dental diario.</p>		
<p>TOPICACIÓN CON FLÚOR</p>			
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">Definición</td> </tr> <tr> <td> <p>La aplicación tópica de flúor en gel es una técnica, capaz de reducir a la mitad la presencia de caries. El tratamiento es fácil de implementar y no tiene efectos secundarios conocidos, ni agresivos.</p> <p>El flúor actúa sobre los cristales del esmalte dentario, transformando la hidroxiapatita en flúorapatita, haciendo más resistente al proceso carioso y se cree también que actúa sobre microorganismos causantes, interfiriendo su proceso destructivo.</p> </td> </tr> </table>		Definición	<p>La aplicación tópica de flúor en gel es una técnica, capaz de reducir a la mitad la presencia de caries. El tratamiento es fácil de implementar y no tiene efectos secundarios conocidos, ni agresivos.</p> <p>El flúor actúa sobre los cristales del esmalte dentario, transformando la hidroxiapatita en flúorapatita, haciendo más resistente al proceso carioso y se cree también que actúa sobre microorganismos causantes, interfiriendo su proceso destructivo.</p>
Definición			
<p>La aplicación tópica de flúor en gel es una técnica, capaz de reducir a la mitad la presencia de caries. El tratamiento es fácil de implementar y no tiene efectos secundarios conocidos, ni agresivos.</p> <p>El flúor actúa sobre los cristales del esmalte dentario, transformando la hidroxiapatita en flúorapatita, haciendo más resistente al proceso carioso y se cree también que actúa sobre microorganismos causantes, interfiriendo su proceso destructivo.</p>			
<p>Procedimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Realizar una profilaxis o cepillado riguroso de las piezas dentales antes de la colocación del flúor gel. (utilizar pasta sin glicerina). ○ Establecer el tamaño adecuado de la cubeta para flúor desechable y se llena la cubeta con una cantidad máxima de 2 ml. o 40% de su capacidad con fluoruro (colocando algodón en toda la cubeta para mejor absorción del flúor) ○ Colocar al paciente sentado en posición erecta con la cabeza inclinada hacia adelante a fin de disminuir el riesgo de ingestión de flúor. ○ Aislar los dientes con rollos de algodón y secar con la jeringa de aire para obtener un campo seco que permita mayor absorción de fluoruro. ○ Insertar la cubeta en la boca por 4 minutos, presionándola contra los dientes, para asegurar el cubrimiento de los espacios interproximales y se le pide al paciente que cierre la boca para ayudar a llevar el fluoruro alrededor de todas las superficies dentales. ○ Finalmente solicitar al paciente que incline la cabeza hacia abajo para retirar la cubeta bucal. En esta actividad se debe mantener supervisión continua con el fin de prevenir accidentes con fluoruro. 			
<p>Indicaciones</p>	<p>Indicar al paciente no ingerir alimentos ni bebidas al menos por una hora.</p>		
<p>Recomendaciones</p>	<p>Es conveniente realizar topicaciones con flúor</p>		

gel acidulado al 2.3% a partir de los 6 años de edad, ya que el mismo actúa como un recubrimiento para evitar posibles lesiones cariosas. Su uso es principalmente importante para la prevención de las caries en niños durante la visita periódica. La frecuencia recomendada es de dos aplicaciones anuales, considerándose que cada aplicación supone un aporte de unos 5ml.

APLICACIÓN DE SELLANTES (TÉCNICA ART) NO INVASIVA

Definición

Es una técnica simplificada de prevención de la caries dental, con preparación mínima, indolora y efectiva.

Procedimiento:

- Diagnóstico clínico de la pieza a sellar
- Control oclusal
- Aislamiento relativo (rollos de algodón)
- Remoción de la placa y restos alimentarios en las partes más profundas de las fosas y fisuras con el explorador.
- Limpiar la superficie del diente con torundas de algodón y agua y secar con torundas de algodón.
- Acondicionamiento de las fosas y fisuras adyacentes por 10 a 15 segundos, se usará el mismo líquido del ionómero de vidrio.
- Lavar la superficie con torundas de algodón embebidas en agua y secar con torundas de algodón.
- Aplicar el ionómero de vidrio en cantidades pequeñas en fosas y fisuras.
- Colocar una pequeña capa aislante (vaselina) y aplicar la técnica de digito-presión en las fosas y fisuras de la pieza a sellar.
- Remover el exceso de material una vez que este se ha semi-endurecido.
- Realizar el control de la oclusión.
- Aplicar una capa extra de aislante (vaselina)

Indicaciones	Indicar al paciente no ingerir alimentos ni bebidas al menos por una hora.
--------------	--

Contraindicaciones	Hipersensibilidad al cemento de ionómero de vidrio
--------------------	--

PROTOCOLO DE PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN

EDUCACIÓN EN HIGIENE BUCAL

Definición

Es altamente comprobado el beneficio que tiene la educación y prevención para evitar la aparición de patologías bucales, en estos protocolos se indicará cuales son las más recomendables para ser utilizados tanto en la casa como en el consultorio.

BEBÉS (0 meses a 2 años).

Abarca el inicio aproximado de la erupción dental hasta la erupción completa de la dentición temporal.

Cuidados en casa.

Recomendar a la madre o responsable del niño:

- Explicar que con la erupción de los primeros dientes, la alimentación nocturna (tanto leche materna o de biberón) debe disminuir.
- Recomendar que a partir de esta etapa el niño siempre debe dormir con la boca limpia, que debe realizarle la higiene después del último alimento, esto con el propósito de evitar el desarrollo de la caries por alimentación nocturna o de "biberón".
- La madre o responsable del niño deberá realizar la higiene en la mañana y antes de dormir (2 veces al día) sólo con gasa o una tela suave embebida en agua hervida tibia.

Se podrá utilizar cepillo de dientes cuando los molares ya estén presentes.

Cuidados en consultorio.

En la primera cita el profesional odontólogo indica todos los cuidados arriba mencionados

- Realizar la demostración práctica a la madre o responsable del niño luego evalúa en citas posteriores la efectividad de sus cuidados del bebé.
- En cada consulta se realizará la higiene bucal del bebé con gasa o el propio cepillo del paciente si ya tiene los molares presentes.
- Con criterio de riesgo se realizarán topicaciones de flúor

Recomendaciones Las consultas odontológicas serán trimestrales, o mensuales en caso de alto riesgo de caries.

EDUCACIÓN EN HIGIENE BUCAL

Definición

Es altamente comprobado el beneficio que tiene la educación y prevención para evitar la aparición de patologías bucales, en estos protocolos se indicará cuales son las más recomendables para ser utilizados tanto en la casa como en el consultorio.

NIÑOS PRE-ESCOLARES (3 a 5 años de edad).

Cuidados en casa:

El cepillado dental es responsabilidad ABSOLUTA DE LOS PADRES. A partir de los 3 años se recomienda a los padres o responsables del niño/a el uso de pasta dental con flúor (de no más de 500 ppm) en una cantidad aproximada a un grano de lenteja (0.15g) en los dos cepillados, tanto en la mañana como en la noche

Cuidados en consultorio:

El odontólogo podrá cepillar los dientes con cepillo en motor de baja velocidad, sin utilizar pastas que contengan flúor, solo con agua limpia.

Control y mantenimiento Semestral: control de dieta

EDUCACIÓN EN HIGIENE BUCAL

Definición

Es altamente comprobado el beneficio que tiene la educación y prevención para evitar la aparición de patologías bucales, en estos protocolos se indicará cuáles son las más recomendables para ser utilizados tanto en la casa como en el consultorio.

ESCOLARES (6 a 14 años)

Cuidados en casa:

A partir de los 6 años se dejará que el niño/a se cepille sus dientes solo/a, siempre abarcando todos sus dientes con la respectiva supervisión de los padres, no es necesaria una técnica sofisticada. Se recomienda el control de los padres. Uso de hilo dental.

A partir de los 10 años ya puede utilizar la pasta dental de adulto (que contiene 1000 ppm).

Cuidados en consultorio:

- Profilaxis con o sin pasta fluorada, utilizando baja velocidad.
- Asesoría de la técnica de cepillado
- Se indicará y demostrará prácticamente el uso del hilo dental.
- Con criterio de riesgo se realizará topicaciones de flúor
- Con criterio de riesgo se podrá realizar topicaciones de flúor o aplicación de flúor gel con cubetas.
- Uso de hilo dental

Control y mantenimiento Semestral: dieta

EDUCACIÓN EN HIGIENE BUCAL

Definición

Es altamente comprobado el beneficio que tiene la educación y prevención para evitar la aparición de patologías bucales, en estos protocolos se indicará cuáles son las más recomendables para ser utilizados tanto en la casa como en el consultorio.

ADOLESCENTES Y ADULTOS

Cuidados en casa:

- Uso de pasta dental.
- Práctica de técnica de cepillado correcta que abarque todas las caras de los dientes.
- Uso de hilo dental.
- Uso de enjuague de flúor al 0.05% diario (en caso de utilizar aparatos ortodónticos y/o indicaciones del especialista).

Cuidados en consultorio:

- Profilaxis con o sin pasta fluorada, utilizando baja velocidad.
- Asesoría de la técnica de cepillado
- Se indicará y demostrará prácticamente el uso del hilo dental.

Control y mantenimiento Control semestral en adolescentes y por lo menos una vez al año en adultos.

**Anexo 2
Guía de Supervisión para equipos de salud**

**Guía de Supervisión
Para Zonas, Provincias Distritos
A unidades de II y III NIVEL**

Nombre de Región, Provincia, Distrito:
Responsable de la supervisión:
Fecha de la supervisión:

Fases	Actividades	SI	NO	Técnica
Planificación	Cuenta con un Plan de Salud en distrito, provincia, región.			Verifique se está en concordancia con el Plan Nacional del Buen Vivir, Plan de Salud de MSP, Plan de Saluds Regionales, Provinciales y distritales.
	Cuenta con proyectos para intervención de los problemas de salud.			Verifique si los proyectos aportan o están en concordancia con los Planes de Salud. Si están financiados.
	Sala situacional actualizada			Verifique Información de diagnóstico situacional, coberturas concentraciones que este actualizado. Toman decisiones en función de información,(visualizados a través de cuadros o gráficos elaborados)
Organización de la red pública integral de salud	Integración de la red pública y complementaria			Verifique si se ha realizado el diagnóstico de integración de las redes y si se dispone de un plan de intervención. Identifique el avance en función del diagnóstico.
Análisis de la Programación de las Unidades Operativas	Análisis de las metas de cada unidad operativa en función del PLIS, y el requerimiento de insumos. Análisis de la programación de medicamentos por unidad operativa Consolidación de la información			Verifique que todas las Unidades hayan enviado el PLIS y analice la calidad de la información. Verifique el consolidado de producciones y requerimientos de insumos y materiales y si están vinculadas a presupuesto.
Control de la gestión	Acuerdos de gestión entre los diferentes niveles			Verifique que existan acuerdos de gestión para cada una de las unidades operativas, distritos o regiones.
Administración de Recursos	Distribución de los equipos de atención integral de acuerdo a las necesidades de la población			Verifique en el distributivo si las unidades de salud del primer nivel disponen todas de Equipos Básicos, analice la distribución del resto de profesionales. Verifique que las zonas de mayor riesgo cuenten con Equipos de atención Integral o por lo menos con Equipos Básicos.
	Implementación del modelo por todo el personal.			Verifique que todo el personal de primer nivel este realizando actividades del Modelo. (Diagnóstico situacional, diagnóstico y seguimiento de familias, etc) para lo cual debe visitar por lo menos dos unidades del distrito. Verifique si los equipos de atención integral están apoyados por especialistas, odontólogos,
Administración				

de Recursos				nutricionistas, etc. Solicite programaciones de actividades
	Administración de insumos y medicamentos			Verifique si el distrito cuenta con programación de insumos y fármacos. Constante en las unidades operativas la existencia de medicamentos e insumos suficientes y que hayan sido requeridos por la unidad,
	Adecuación de infraestructura y equipamiento			Verifique si el distrito cuenta con un diagnóstico sobre necesidades en infra estructura y equipamiento y si se dispone de un plan de intervención. Analice el nivel de avance. Verifique si se cuenta con un plan de mantenimiento y verifique su avance.
Supervisión	Supervisión a unidades operativas			Verifique plan de supervisión y que este cuente con financiamiento, constante el avance, identifique el equipo de supervisión, analice los informes de supervisión y visite dos unidades supervisadas y constante los avances.
Monitoreo	Monitoreo de El Plan de Salud Proyectos en salud Programación Integral de las prestaciones (PLIS)			Verifique si se realiza monitoreo del Plan de Salud y de los Proyectos, y el el avance en las metas del PLIS por unidad operativa. Verifique el desempeño del sistema de información
Evaluación	Evaluación			Verifique evaluaciones realizadas por el distrito en el Plan de Salud, Proyectos, PLIS.
Control de calidad	Equipos de Auditoria Médica y de mejoramiento de la calidad			Verifique si los distritos disponen de equipos de mejoramiento de la calidad y se disponen de auditoria médica.
Comentarios y/o resultados de la supervisión	Indicar las fortalezas del equipo:			
	Indicar problemas identificados y sus causas:			
Compromisos	Por Supervisor:			
	Por el Equipo:			
	Firma Director Distrito, Provincia o Región.			
	Firma del Supervisor.			

**Guía de Supervisión
Para el I nivel**

Distrito:

Unidad de Salud:

Responsable de la supervisión:

Fecha de la supervisión:

Actividades	SI	NO	Técnica
Dispone de un comité local de salud			Verifique actas de reunión, resoluciones y cumplimiento de compromisos.
El comité está trabajando en la implementación de las intervenciones para controlar los problemas de su comunidad			Verifique plan de trabajo y ejecución de actividades.
El equipo dispone de un diagnóstico situacional actualizado y consensuado con la comunidad			Revise el diagnóstico y verifique fuentes de información y si se construyó con la comunidad.
Mapa parlante actualizado			Revise que el mapa cumpla con lo normado, responde a los límites asignados, tiene zonas priorizadas. Escoja al azar un grupo de 10 fichas familiares y verifiquen si

			están ubicadas las familias en el mapa
Sala situacional actualizada			Verifique Información de diagnóstico situacional, coberturas concentraciones que este actualizado. Toman decisiones en función de información,(visualizados a través de cuadros o gráficos elaborados)
Implementación de intervenciones en función de los proyectos definidos en el distrito.			Verifique avances de las actividades en relación a los proyectos de distrito y determine el avance de las actividades
Fichas familiares aplicadas			Verifique si el llenado cumple con la normativa Escoja 10 fichas familiares al azar y analicelas
Planificación de actividades extramurales			Verifique programación de actividades extramurales y cumplimientos.
Seguimiento de Familias en riesgo			Verifique en el tarjetero. Con las 10 fichas familiares escogidas al azar, analice si se cumplió el plan de intervención y cuáles son los resultados. Verifique si las normas de atención se están cumpliendo en los casos priorizados
Concentrado de de fichas familiares			Verifique que esta herramienta este actualizada y analice sus indicadores principalmente sobre los resultados en las familias de seguimiento.
El equipo dispone de PLIS			Verificar que los miembros de equipos conozcan el manejo de la herramienta y su uso.
Indicadores de producción de servicios. (PLIS)			Verifique si el equipo monitoriza las actividades intramurales y si ha tomado correctivos? Y analice el avance de los indicadores con el equipo
Disponibilidad de insumos, vacunas, fármacos			Verificar que los insumos, vacunas, fármacos estén en las cantidades planificadas para la unidad.
Monitoreo de actividades			Verificar si el monitoreo es mensual realizado con el comité.
Sistema de Información			Verificar el cumplimiento de las normas
Indicar las fortalezas del equipo:			
Indicar problemas identificados y sus causas:			
Por Supervisor:			
Por el Equipo:			
Firma Director de la Unidad:			
Firma del Supervisor.			

**MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD
FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL
MAIS-FCI**

<p>ANTECEDENTE DE LA FICHA FAMILIAR Es un instrumento esencial del MAIS-FCI que nos permite vigilar el estado de salud de la población sus necesidades y desarrollar las mejores políticas de salud para garantizar la prestación de servicios sanitarios</p> <p>OBJETIVO DE LA FICHA FAMILIAR A. Medir las condiciones de vida familiar y comunitario B. Medir los determinantes sociales de salud familiar y comunitario</p>	
<p>VARIABLES A. Medir las condiciones de vida</p>	
<p>Índice de desarrollo humano</p>	<ul style="list-style-type: none"> - la longevidad, medida por esperanza de vida al nacer, que intenta captar la capacidad de las personas para tener una vida sana; - la escolaridad, medida como una variable compuesta que incluye la tasa de alfabetización de los adultos y las tasas brutas de inscripción en la educación primaria y secundaria, que se propone medir la capacidad de las personas para conocer y entender su entorno; - la tercera dimensión del desarrollo es “el nivel general de vida” alcanzado, medido a través del valor real del producto interno bruto per cápita, como una variable sustitutiva que intenta captar todas las otras dimensiones del desarrollo humano
<p>Distribución del ingreso:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - umbral de satisfacción de las necesidades básicas apropiadas
<p>Medir la pobreza</p>	<ul style="list-style-type: none"> - identificación de necesidades básicas: contar con una vivienda; tener una vida saludable, asociada frecuentemente con los servicios esenciales de la vivienda; conocer y entender el entorno— educación--; y los medios para garantizar la subsistencia de los miembros del hogar - selección de variables: Cada dimensión del bienestar requiere de la identificación de variables apropiadas <ul style="list-style-type: none"> • Para evaluar las condiciones de la vivienda frecuentemente se utiliza el material de construcción de la vivienda y/o de los pisos y techos; así como el grado de hacinamiento de la misma, medido por número de personas por dormitorio. • La necesidad de llevar una vida saludable se mide a través de la existencia de alcantarillado en la vivienda para la eliminación de excretas y la disponibilidad de agua. • Para medir la falta de acceso a la educación normalmente se utiliza la inasistencia a la escuela de los niños en edad escolar (6-12 años o 7-14 años según diversos criterios). - Por último, la capacidad de subsistencia del hogar se estima a través de dos variables: o el nivel de educación del jefe del hogar y o la tasa de dependencia económica, medida como el número de personas que dependen de cada receptor de ingresos - líneas de pobreza: El gasto de los hogares es una variable más apropiada para medir el bienestar y es cada vez más utilizada para medir la pobreza y desigualdad - La distribución de bienes al interior del hogar - Diferencias de Género
<p>B. medir los determinantes sociales de salud familiar y comunitario</p>	

indicadores sanitarios

son: los recursos financieros y humanos, el porcentaje de gasto dedicado a sanidad pública en relación con el PIB (Producto Interior Bruto), el número de médicos u otros profesionales de la salud por habitante, el número de camas hospitalarias por habitante, la accesibilidad y calidad de los servicios sanitarios, demanda de atención primaria y atención especializada.etc

indicadores de la salud de una población:

la Morbilidad general y mortalidad global; Principales causas de muerte; Tasa de mortalidad; Esperanza de vida y Esperanza de vida libre de discapacidad

Indicadores de estilo de vida (tabaquismo y consumo de drogas legales e ilegales; ejercicio físico y descanso...);

Indicadores medioambientales (contaminación atmosférica y acústica; control y distribución del agua y alimentos...)

Contaminación del agua: es la incorporación al agua de materias extrañas, como microorganismos, productos químicos, residuos industriales, y de otros tipos o aguas residuales. Estas materias deterioran la calidad del agua y la hacen inútil para los usos pretendidos

Contaminación del suelo: es la incorporación al suelo de materias extrañas, como basura, desechos tóxicos, productos químicos, y desechos industriales. La contaminación del suelo produce un desequilibrio físico, químico y biológico que afecta negativamente las plantas, animales y humanos.

Contaminación del aire: es la adición dañina a la atmósfera de gases tóxicos, CO, u otros que afectan el normal desarrollo de plantas, animales y que afectan negativamente la salud de los humanos

Indicadores sociodemográficos, que incluyen datos del crecimiento de la población, migraciones, envejecimiento, etc

Tarjetero



Anexo 5 Cuaderno del TAPS Y Promotor de Salud

IMPORTANCIA DEL TRABAJO DEL TAPS.-

Dada la naturaleza del TAPS, de su origen, formación, preparación, y relación estrictamente comunitaria, su ámbito de trabajo es estrictamente en el Primer Nivel de Atención, en las Unidades Rurales y Urbano – Marginales.

El TAPS es parte del equipo de salud integral del primer nivel y se constituye en el nexo entre el servicio de salud y la comunidad, su trabajo permite disminuir las barreras de accesibilidad de la demanda y de la disponibilidad del servicio.

CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DEL TAPS:

Es necesario definir con claridad, los perfiles sobre los cuales, se procederá a implementar un plan de reclutamiento de éste talento humano, lo que permitirá de igual forma definir acciones esenciales mínimas de éstos recursos, en el marco de un enfoque de integralidad de la salud pública (promoción, prevención, curación y rehabilitación), con indicadores que respondan y contribuyan como equipo, a Resultados Institucionales y Resultados de Alto Impacto Social.

PERFILES DE LOS TAPS.

1. Saber leer y escribir.
2. Ser mayor de 18 años y menor de 45 años.
3. Aval – Legitimación Comunitario y/u Organización Comunitaria – en asambleas (Proceso de salud intercultural).
4. Conocimientos Básicos de Salud Integral (Promoción – Prevención – Curación y Rehabilitación).
5. Certificados que avalen su preparación.
6. Evaluación de Conocimientos.

ACTIVIDADES ESCENCIALES DE LOS TAPS.-

1. Desarrollar acciones que busquen la integración entre el equipo de salud y la población de responsabilidad, considerando las características y las finalidades del trabajo de seguimiento de individuos y grupos sociales o colectividad.
2. Registro de las familias con base geográfica definida, para la actualización de datos.
3. Estar en contacto permanente con las familias desarrollando acciones educativas, que estimulen el autocuidado, a la prevención de las enfermedades, a la detección oportuna de riesgos con lo cual se contribuye a mejorar la calidad de vida de acuerdo con lo planificado en el equipo.
4. Censar todas las personas de su circunscripción territorial y mantener los catastros actualizados.
5. Orientar a las familias en cuanto a los derechos de salud y a la utilización de los servicios disponibles.
6. Orientar al equipo de salud en cuanto a las condiciones, situaciones y contextos de su demanda, a fin de planificar y proceder a una oferta cultural y contextualmente adecuada.
7. Desarrollar actividades de promoción de la salud, de prevención de las enfermedades y de la vigilancia a la salud, mediante visitas domiciliarias y de acciones educativas individuales y colectivas, en las residencias y en la comunidad, manteniendo al equipo informado, sobre todo de aquellas en situación de riesgo.
8. Acompañar, mediante visita domiciliaria, todas las familias e individuos bajo su responsabilidad, de acuerdo con las necesidades definidas por el equipo.
9. Facilitar la relación entre Instituciones, Sectores de la Salud y la Comunidad, mediante un liderazgo legítimamente reconocido.
10. Facilitar y propender la relación e incorporación de los recursos (Humanos, Diagnósticos, Terapéuticos, de Pronóstico) de la Medicina Occidental con los recursos de la Medicina Ancestral, a fin de complementar acciones, y fortalecer estrategias que permitan mejorar las condiciones de vida de la población – SUMAK KAWSAI.
11. Actuar y desarrollar con el equipo de salud, planes ante posibles emergencias médicas, coherentes y competentes a su capacidad resolutoria. Ejemplo: Planes de Emergencias Obstétricas a nivel comunitario

CUADERNO DEL TAPS

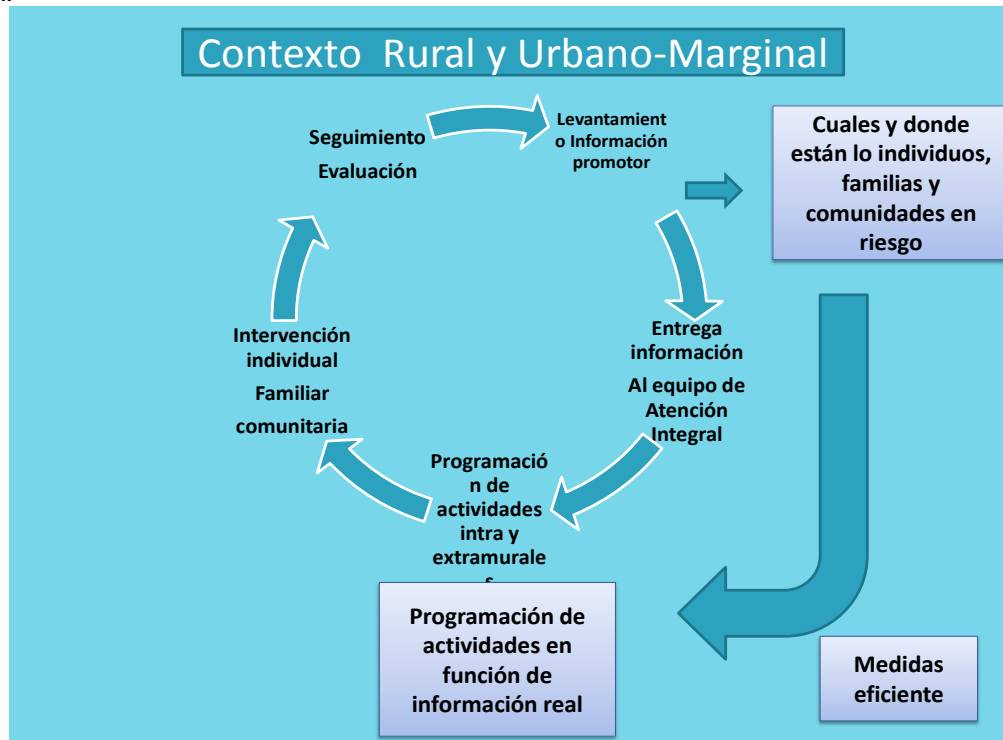
1. En el cuaderno entregado por el Equipo de Salud, usted encontrará algunos casilleros a ser llenado durante su trabajo comunitario, información que deberá ser entregada al jefe de la unidad operativa de forma mensual, y de ser el caso de un riesgo sumado de urgencia y emergencia, la información deberá ser de forma inmediata.
2. El registro de cada familia se lo realizará en hojas individuales.
3. Los datos a ser llenados son:

Fecha: Aquí ingresará la fecha en que recibe la información.
 Comunidad: Aquí ingresará la comunidad a la que pertenece los datos del individuo o familia.
 Jefe de Familia: Aquí ingresará los Apellidos y Nombres del Jefe de Familia.
 Miembros de la Familia: Aquí ingresará los Apellidos y Nombres de los miembros de la familia.
 Parentesco: Aquí ingresará el parentesco en relación al Jefe de Familia.
 Riesgo Individual: Aquí ingresará los riesgos individuales identificados, y en este casillero deberá ingresar de forma sintética, la edad, y otros datos de importancia, como ejemplo, las semanas, meses de gestación, o FUM. El tipo de discapacidad, desde cuando está con tos, con desnutrición, etc.
 Riesgo Familiar: Aquí ingresará los riesgos familiares identificados, y en este casillero deberá ingresar de forma sintética datos como: desde cuándo o que tiempo tienen el problema.
 Riesgo Comunitario: Aquí ingresará los riesgos comunitarios identificados, y en este casillero deberá ingresar de forma sintética datos como: desde cuándo o que tiempo tienen el problema.

4. Una vez entregada por Usted y receptada la información por un miembro del Equipo de Salud, deberá hacer registrar, el nombre y apellido de forma clara, el número de cédula, la firma y la fecha en su cuaderno de registro comunitario, por quién recibe la información, pues esto dejará constancia de que la información levantada fue entregada.
5. El equipo de salud, será el responsable de la recepción de la información, sea esta ingresando directamente al REGISTRO DE ANALISIS DE RIESGO LOCAL o mediante un fotocopiado.

<u>FECHA</u>		<u>COMUNIDAD</u>			
<u>JEFE DE FAMILIA</u>					
ORDEN	MIEMBROS DE LA FAMILIA	PARENTESCO	RIESGO INDIVIDUAL Esquema incompleto de vacuna Discapacidades Enfermedades Malnutrición Mujeres gestantes Ancianos Sintomático respiratorio	RIESGO FAMILIAR Violencia intrafamiliar Alcoholismo Drogas	RIESGO COMUNITARIO Ambientales Agua Tierra otros
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
<u>NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ENTREGA LA INFORMACION</u>			<u>NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RECIBE LA INFORMACION</u>		

Estos datos inician el ciclo de información y de programación de los Equipos de Atención Integral en el sector rural y urbano marginal:



1. Levantamiento de la información Individual, Familiar y Comunitaria en el CUADERNO DE REGISTRO COMUNITARIO, por parte DEL TAPS apoyado por los Gestores Comunitario (partera, líder comunitario, y otros).
2. Entrega de la Información levantada por el TAPS al Equipo de Salud de la Unidad Operativa de I nivel para la realización de visitas domiciliarias.
3. Planificación de las Intervenciones Individuales, Familiares y Comunitarias.
4. Seguimiento, Monitoreo y evaluación de las intervenciones.
5. Informe mensual de resultados.
6. Los TAPS serán monitorizados y evaluados en su desempeño para lo cual deberán tener su perfil óptimo.

**Anexo 6
Normas de Atención del MSP**

En el área de Normalización del Ministerio de Salud se tienen registradas hasta la actualidad 49 normas, guías de atención, planes o programas nacionales, divididos por ciclos de vida:

No	TITULO INSTRUMENTO TÉCNICO COMPONENTE/EJE TRANSVERSAL	Fecha de publicación
	SALUD DE LA MUJER	
1	Norma y protocolo de Planificación Familiar	ago-10
2	Por una maternidad y nacimiento seguros. Acciones realizadas para reducir la muerte materna en el Ecuador	mar-10
3	Manual de Capacitación Clínica. Guía del proveedor. Norma y Protocolo Materno	ago-09
4	Manual de Capacitación Clínica. Guía del Facilitador. Norma y Protocolo Materno	ago-09
5	Por una maternidad y nacimiento seguro.	may-08
6	Plan Nacional de Reducción acelerada de la mortalidad Materno-Neonatal	ago-08
7	Norma y Protocolo Materno	ago-08
8	Guía Técnica para el parto culturalmente adecuado	ago-08
9	Manual de estándares, indicadores e instrumentos para medir la calidad de la atención materno-neonatal	ago-08
10	Manual para la vigilancia epidemiológica e investigación de la mortalidad materna.	feb-06
11	Normas y Procedimientos para la atención de la Salud reproductiva. Manejo activo del tercer período del parto	mar-06
12	Política Nacional de Salud y derechos sexuales y reproductivos	abr-07
	SALUD DE LA NIÑEZ	
13	Manual de normas de atención integral a la niñez	ene-11
14	Paquete normativo de la estrategia Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia.- AIEPI	feb-11
15	Caja de herramientas del componente comunitario de la Estrategia AIEPI	jun-10
16	Norma y Protocolo Neonatal	ago-08
17	Guía de intervenciones perinatales basadas en evidencias para la reducción de la mortalidad neonatal	abr-07
18	Guía para la atención primaria oftalmológica infantil	ago-07
19	Guía componente comunitario de la Estrategia AIEPI	Año 2008
	SALUD DE LA ADOLESCENCIA	
20	Manual de estándares para medir la calidad según normas y procedimientos de atención integral de salud a adolescentes	abr-10
21	Guía para el uso del paquete normativo de atención a adolescentes	ene-10

22	Normas y procedimientos para la atención integral de salud a adolescentes	jun-09
23	Protocolos de atención integral a adolescentes	jun-09
24	Caja de herramientas, documentos de apoyo técnico. Normas y protocolos de atención integral a los/las adolescentes.	jun-09
25	Plan Nacional de Prevención del embarazo en adolescentes	sep-07
26	Plan Andino de la Prevención del embarazo en adolescentes	sep-07
	SALUD DEL ADULTO (ECNT)	
27	Plan Estratégico Nacional para la prevención y control de las ECNT y de sus factores de riesgo. (en proceso de publicación)	AM. 648 del 26 de Julio 2011
28	Manual de Bolsillo. Manejo de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT): Diabetes 1, Diabetes 2, Dislipidemias, Hipertensión Arterial (en proceso de publicación)	AM. 650 del 29 de Julio 2011
	SALUD DEL ADULTO MAYOR	
29	Plan de Acción interinstitucional para personas Adultas Mayores , incluye el envejecimiento activo y saludable 2011-2013.	sep-11
30	Manual para cuidadores para las personas Adultas Mayores dependientes.	sep-11
31	Programa Nacional de atención integral al Adulto Mayor	sep-08
32	Guías Geronto-Geriátricas de Atención Primaria de Salud del Adulto Mayor	sep-08
33	Políticas Integrales de Salud para el Adulto-Adulto Mayor	abr-07
	MEDICINA TRANSFUSIONAL	
34	Criterios Técnicos-administrativos para la implementación de los servicios de Medicina Transfusional en las Unidades Operativas con servicio de internación.	ago-08
35	Manual de Normas y Procedimientos sobre prevención y tratamiento de accidentes ocasionados por mordedura de serpientes	ago-08
36	Manual sobre criterios técnicos para el uso Clínico de Sangre y Hemocomponentes	ago-08
37	Manual Técnico de Hemovigilancia en bancos de sangre y Servicios de Medicina Transfusional	ago-08
	PREVENCION DE VIOLENCIA	
38	Curso virtual: Formación de facilitadores para la aplicación de la norma de atención en violencia,	jun-10
39	Norma y Protocolos de atención integral de la violencia de genero, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida	sep-09
40	Guía de servicios. Lista General de Instituciones u Organizaciones que brindan servicios según servicios.	Octubre/2009
	SALUD BUCAL	
41	Protocolos Odontológicos por especialidad	ene-11
42	Manual de uso de la Historia Clínica Odontológica	mar-11
43	Protocolos de atención de Salud Bucal II y III Nivel de atención.	ene-11

44	Manual de Educación de Salud Bucal para maestros y promotores de salud	jun-10
45	Componente normativo de salud bucal para adolescentes	abr-09
46	Plan Nacional de Salud Bucal	jun-08
47	Normas y procedimientos de Atención Bucal I nivel	jun-08
48	Protocolos de salud bucal I Nivel de Atención	jun-08
	PROTOCOLOS CLINICOS Y TERAPEUTICOS	
49	Protocolos clínicos y terapéuticos por ciclo de vida: Salud de la mujer, Salud de la Niñez, Salud de la Adolescencia, salud del Adulto, Salud del Adulto Mayor, y Salud Bucal	En proceso de levantamiento de la edición para la publicación

Fuente: Dirección de normatización del SNS del MSP

GLOSARIO.

Accesibilidad: Características de la organización para garantizar el principio de equidad, y se manifiesta con ausencia de barreras geográficas, financieras, organizacionales, estructurales, culturales, para la participación en el sistema de salud y/o para la utilización de los servicios de salud y otros servicios sociales. Es fundamental que las personas puedan recibir servicios de salud acordes con sus necesidades

Actividad: Conjunto de tareas involucradas en un proceso, necesarias para asegurar el alcance de los objetivos y metas previstas en los planes.

Sujeto Social: Es un sujeto colectivo estructurado a partir de una conciencia de identidad propia, portador de valores, poseedor de un cierto número de recursos que le permiten actuar en el seno de una sociedad con vistas a defender los intereses de los miembros que lo componen y/o de los individuos que representa, para dar respuesta a las necesidades identificadas como prioritarias.

Apgar Familiar: Constituye un instrumento para detectar el grado de funcionalidad (o disfunción) de la familia.

Atención integral e integrada: características de la atención de salud en una doble dimensión, por un lado el reconocimiento del carácter multidimensional de la salud individual y colectiva, es decir el reconocimiento de que la salud es el producto de las condiciones económicas, sociales, culturales, ambientales y biológicos, y, la provisión de servicios integrados de promoción, prevención de la enfermedad, recuperación de la salud, rehabilitación, cuidados paliativos.

Atención Primaria de Salud (APS): Se considera a la atención en salud basada en métodos prácticos, científicamente respaldados y socialmente aceptados que estará al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad. La APS es reconocida como una estrategia eficaz para mejorar la accesibilidad y la equidad en la utilización de los servicios y en los resultados en salud, como el compromiso de dar respuesta a las necesidades de salud de la población, la orientación a la calidad, a responsabilidad y la rendición de cuentas de los gobiernos, la justicia social, la sostenibilidad, la participación y la intersectorialidad. Un sistema de salud basado en la APS, además de estar conformado por elementos estructurales y funcionales que garanticen la cobertura universal con equidad, debe prestar atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, hacer hincapié en la prevención y en la promoción y garantizar la atención del paciente en el primer contacto. Incluye la organización de los servicios en los tres niveles de complejidad.

Ciclo de vida: Secuencia de etapas interconectadas que atraviesa el individuo y la familia a lo largo del tiempo

Complicado: Se llamará a un problema de salud como complicado en su evolución cuando se han sumado a este, uno o más problemas, teniendo siempre el mismo origen.

Comunidad: Concepto de niveles múltiples que abarca desde entidades definidas local, política y geográficamente, hasta ciudades, naciones. También se refiere a un grupo de personas relacionadas por un asunto específico.

Consejos Cantonales o Parroquiales de Salud. Es una instancia organizacional conformada por representantes de instituciones y/o organizaciones de la sociedad civil para la definición de lineamientos y planes de intervención, en base a las políticas nacionales establecidas por la autoridad sanitaria y necesidades locales. Se encargan del control social en salud por medio de las veedurías ciudadanas; además de la recepción de quejas y denuncias, y se encarga de la complementación y canalización de recursos nacionales e internacionales.

Comités locales de salud: Son organizaciones de usuarias/os de servicios y que tienen la función de emitir informes de satisfacción de la calidad de los mismos, promover la coparticipación ciudadana y de la familia en el cuidado de la salud, y coordinar con las Unidades de Salud para el mejoramiento de la calidad de la atención.

Comité Local de Desarrollo, constituida por representantes de los sectores e instituciones de sus circunscripciones territoriales (barrios, comunidades, escuelas colegios, instituciones gubernamentales y no gubernamentales de desarrollo entre otros). La organización tendrá una directiva y deberá contar con un reglamento para su funcionamiento. Pag 141.

Controlado: Cualquier problema de salud que por sus características no podamos solucionarlo pero si mantenerlo dentro de los límites establecidos como adecuados, por ejemplo un paciente con HTA si bien no podremos curar su enfermedad, si podremos mantenerlo “controlado” a través de la práctica de las normativas y comparación con estándares existentes como referentes

Determinantes de la salud: Son los factores ambientales, económicos, culturales, sociales y biológicos, así como los factores protectores que influyen en el estado de salud de los individuos o poblaciones.

Zona y Distrito: Subdivisión territorial con fines administrativos.

Eficacia: Es la capacidad científicamente comprobado y de acuerdo a condiciones locales de resolver un problema y de producir un resultado específico

Eficiencia: Es el uso racional de los recursos disponibles empleando la tecnología apropiada a las necesidades de la población para obtener el mejor resultado al menor costo.

Enfoque familiar, comunitario e intercultural: práctica de intervenciones sanitarias centradas en las necesidades de la ciudadanía, identificadas mediante información comunitaria de su entorno familiar, social, cultural y laboral.

Equidad: Se considera a la asignación de recursos de acuerdo a las necesidades de la población y del individuo con el fin de brindar igual oportunidad para desarrollar y mantener la salud.

Equipo Integral de Salud: Grupo interdisciplinario de recursos humanos de la salud que realizan actividades de atención al usuario. Realiza acciones de promoción de la salud, prevención y tratamiento de enfermedades de impacto (enfermedades crónicas degenerativas y de vigilancia epidemiológica), así como de rehabilitación y cuidados paliativos, con el apoyo y utilización de todos los recursos de la comunidad lo cual permita la conducción de las acciones para preservar la salud. Pag 142.

Espacios de encuentro Comunitario para la Salud: (casa comunal, escuela, posta de salud, botiquín comunitario) para realizar acciones de; salas situacionales en salud, ferias de la salud, atención médica programada entre otras actividades extramurales. Pag 142

Estilos de vida saludable: son factores medioambientales y de comportamiento humano que tienen el mayor peso en la probabilidad de que las personas enfermen o se mantengan saludables. Pág 147.

Evitabilidad: Mortalidad que pudo evitarse con mediante sistemas adecuados de prevención, tratamiento y control en el primer nivel de atención.

Familiograma: Se define al familiograma como instrumento que permite valorar la dinámica, la composición, estructura, el tipo de familia, relaciones, los roles que asumen y el ciclo evolutivo por el cual esta cursando la familia en un momento determinado

Gestión: Constituyen todos los procesos de planificación, administración, aplicación de la epidemiología, gerencia, monitoreo, supervisión y evaluación que son enlazados en su aplicación en cada una de las unidades operativas, les da sentido, direccionalidad y coherencia.

Gestores de Salud: Es el personal que conforman los Equipos integrales de salud, TAPS (en la red del MSP) y Gestores comunitarios. Son los actores que detectan los problemas que influyen directa o indirectamente sobre la salud de la población y se encargan de mejorar la calidad de vida de la comunidad. Pag 142

Gestores comunitarios. Son personas de las comunidades que tengan experiencia en atención de partos y en tecnologías ambientales limpias y de energías alternativas no contaminantes y de bajo impacto, con legitimidad social de su trabajo y su quehacer se desarrollará en el ámbito de la salud y son: (autoridades locales o sus representantes, líderes comunitarios, promotores de salud, voluntarios de salud, agentes comunitarios de salud tradicional, Yachak, agentes y terapeutas de las medicinas ancestrales, entre otros)

Impacto: En el ámbito evaluativo, es evidencia confiable del efecto o efectos plausibles de una intervención específica.

Insumo / Recursos: Las materias primas o productos intermedios que se transforman durante el proceso. Son necesarios para poder conseguir las tareas

Interculturalidad en salud: Enfoque necesario de las intervenciones sanitarias, caracterizado por el respeto social y la promoción científica de las prácticas de salud ancestral.

Intervención: Acción o conjunto de acciones ejecutadas con un objetivo explícito definido a priori para obtener un cambio expresable en resultados o impactos; en el ámbito social, por lo general, son políticas, normas, planes, programas o proyectos, de una o múltiples estrategias implementadas secuencial o simultáneamente.

Participación Comunitaria: Involucrar a la comunidad en una estrategia de cambio social; además de involucrarla en la estrategia de cambio de comportamiento individual.

Participación social : La participación social es el derecho y la capacidad de la población para participar de forma efectiva, activa y responsable en las decisiones sobre la atención en salud y su implementación. La participación social en salud es una faceta de la participación civil, una condición inherente al ejercicio de la libertad, la democracia, la equidad y el control social. En el ámbito de la salud, se considera tres ejes de participación: Intersectorial, Interinstitucional y la participación comunitaria.

Planificar: Es una de las funciones principales de todo proceso. En su sentido más amplio, planificar significa diseñar un futuro deseado y los cursos de acción efectivos para lograrlo. O sea, decidir anticipadamente lo que se desea hacer. El objetivo de la planificación es lograr un conjunto de acciones coherentes para alcanzar ciertas metas.

Prevención: la prevención se concibe tradicionalmente en tres niveles: la prevención primaria combate la enfermedad antes de que ésta se presente; la prevención secundaria una vez la enfermedad ya apareció; y la prevención terciaria, cuando la enfermedad ya siguió su curso.

Primer Nivel de Atención: Es la organización de los recursos que permiten resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes en la atención de la salud de una población dada, en consideración de que estas necesidades se resuelven con tecnologías simples que deben estar accesibles de forma inmediata a la población.

Priorización: Técnica mediante la cual se ordena los problemas identificados en una situación de salud.

Problema: Los problemas se definen como la discrepancia entre la realidad observada y la situación ideal.

Producto o Resultado: Es la manifestación o concreción de un esfuerzo o actividad realizada en un proyecto.

Promoción de la salud: La combinación de educación en salud e intervenciones organizativas, políticas y económicas diseñadas para facilitar cambios en la conducta, y adaptaciones medioambientales que mejorarán o protegerán la salud.

Proyecto: Es un conjunto de actividades relacionadas y coordinadas, ejecutado por un equipo humano definido, para alcanzar unos objetivos específicos y resolver un problema identificado, en un tiempo determinado y con un financiamiento específico.

Red: Conjunto articulado de unidades prestadoras de servicios de salud, ubicadas en un espacio geográfico, interrelacionadas funcionalmente, con distinta complejidad y por lo tanto capacidad de resolución, apoyadas por normas, reglamentos, sistema de información y recursos que ofrecen una respuesta a las necesidades de la población.

Red Social Comunitaria para la Salud, es la organización que asume la responsabilidad de conducir las acciones de salud de su localidad / comunidad y/o Sector; como por ejemplo:

- los miembros del consejo cantonal o parroquial o distrital de salud (alcalde municipal, jefe de área, director de unidad operativa, personeros municipales o parroquiales, gestores comunitarios de salud, sector educativo, líderes comunitarios y comunidad),
- autoridades de las Juntas Parroquiales,
- líderes locales (que forman parte del concejos cantonales de salud),
- grupos organizados existentes (Comités de la comunidad, Juntas de agua potable, grupos religiosos y ONG's, entre otros). Pag 142

Resultado de impacto institucional: Efectos producidos sobre una institución que produce cambios en la gestión de los recursos y/o redireccionamiento de actividades planificadas o a planificar. Está relacionado con los procesos de calidad.

Resultado de impacto social: Se refiere al cambio efectuado en la sociedad debido al producto de las acciones realizadas e implican un mejoramiento significativo y, en algunos casos, perdurable o sustentable en el tiempo, en alguna de las condiciones o características de la población objetivo y que se plantearon como esenciales en la definición del problema que dio origen al proyecto. Un resultado final suele expresarse como un beneficio a mediano y largo plazo obtenido por la población atendida

Riesgo: Es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o un daño a la salud o sus determinantes, es decir representa la mayor o menor vulnerabilidad que tienen ciertos grupos para sufrir determinados daños.

Segundo Nivel de Atención: Es la organización de los servicios en que se agregan y agrupan mas recursos con un mayor nivel de complejidad, que atiende los eventos menos frecuentes pero más complejos y que requieren habilidades y tecnologías de tipo medio.

Tercer Nivel de Atención: Organización de los servicios en que se agrupan más recursos con un nivel de complejidad mayor para atender eventos altamente complejos, de menor ocurrencia y para cuya atención se precisa habilidades especializadas y tecnología avanzada.

Sistema de Registro y Seguimiento: Es el conjunto de instrumentos que facilitan el registro de la información sobre la persona, las familias y comunidades según sus riesgos, las atenciones y servicios entregados tanto en las fases de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos.

Tipo de Familia : Forma de organización del conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan. Naturalmente pasa por el nacimiento, luego crecimiento, multiplicación, decadencia y trascendencia. (IINFA) Instituto Interamericano del Niño y la Familia.

Universalidad: La universalidad es la inclusión de todos los miembros de la sociedad llámese individuo, familia y comunidad en los servicios de salud tanto en promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud con el objeto de lograr una prestación integral.

BIBLIOGRAFIA

1. Asamblea Constituyente 2008. Constitución de la República del Ecuador. Ciudad Alfaro 2008.
2. Bolivar, Kalindy. "Construyamos Salud". Sistematización de la Experiencia "Fortalecimiento del Modelo de Atención en Salud y Calidad de Vida en Poblaciones Rurales de las Provincias de Pichincha y Esmeraldas" Corporación Utopía, Quito, 2011, en edición
3. Del Bosque Sofía. Megatendencias de Cambio y Desarrollo en las Proximidades del Siglo XXI: El macro contexto. en Manos a la Salud. México. CIESS-OPS.1998.
4. INEC. Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) 2006
5. INEC-CEPAL .Ecuador Proyecciones de Población 1950-2025. Ecuador
6. MCDS-MSP-ME-MIES-MIDUVI-SECRETARIA NACIONAL DEL MIGRANTE-MRE-MAGAP-SENPLADES. Agenda Social 2009-2011.
7. Ministerio de Salud Pública, Subsecretaría de Extensión de la Protección Social en Salud. Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural. Documento original. 2008.
8. Manual del Modelo de atención integral de salud. Familiar, comunitario e intercultural MAIS-FCI. MSP2009
9. Norma Modelo de Atención Integral en Salud SEPSS - MSP 2010
10. Ministerio de Salud Pública. Boletín Epidemiológico Vol. 6 N53 2009. Adaptación de la tabla 9 Metas de los Objetivos del Milenio y enfermedades priorizadas
11. Ministerio de Salud Pública – PASSE, Construyamos el Hábitat Familiar Saludable: Guía de implementación de Tecnologías Apropriadas, Ecuador, Septiembre de 2008
12. Ministerio de Salud Pública. INEC. OPS. UNFPA. UNIFEM. UNICEF. Indicadores Básicos de Salud. Ecuador 2006
13. Ministerio de Salud Pública, Subsecretaría de Extensión de la Protección Social en Salud. Modelo de Atención Integral en salud Familiar, Comunitario e Intercultural. 2008.
14. Ministerio de Salud Pública, Subsecretaría de Extensión de la Protección Social en Salud. Modelo de Atención Integral en salud Familiar, Comunitario e Intercultural. 2008.
15. Ministerio de Salud Pública, Curso de Epidemiología en Acción. Módulo 3, Diseño de Programas de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades, Quito 1999.
16. MSP, INEC Indicadores Básicos de Salud, 2010)
17. Ministerio de Salud de Chile, Género, equidad y reforma de la salud en Chile; Parte IV. Modelo de atención y género: Las condiciones socioculturales de la reforma de la salud en Chile
18. Ministerio de Salud de Nicaragua, Modelo de Atención Integral en Salud. Managua 2004.
19. Ministerio de Salud del Perú, del Modelo de Atención Integral de Salud, Lima 2004.
20. Ministerio de Salud del Perú, Guía Nacional de Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud, Lima 2004.

21. Organización Panamericana de la Salud. redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria de salud. 49 consejo directivo 61.a sesión del comité regional Washington DC: 2.009.
22. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Renovación de la Atención primaria de salud. OPM/OMS/ Washington D: C: 2007
23. Organización Panamericana de la Salud Relatoría del Encuentro sobre Gestión de Calidad, publicada en la serie Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud N° 10, OPS-OMS, octubre 1998, p46
24. OMS, "Carta de Ottawa" 1986
25. SENPLADES. Manual para la Formulación de Políticas Públicas Sectoriales. Quito 2010.
26. SENPLADES. Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013. Quito 2009
27. SENPLADES, Esquema metodológico para la Revisión de matriz de Competencias y modelos de Gestión, Subsecretaría de reforma Democrática del estado e Innovación de la gestión Pública, 2009.
28. Tognoni G. Manual de Epidemiología Comunitaria. Esmeraldas: CECOMET; 1998.
29. Wilma B. Freire, LA SITUACION NUTRICIONAL EN EL PAIS, ROL DEL SECTOR SALUD
30. Manual de programación local para Unidades Operativas del Área de Salud Serie: Desarrollo y fortalecimiento de Servicios locales de Salud número 2 1995
31. Manual de Organización de las áreas de salud MSP junio 2000