

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



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, crónicas-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. 00001154 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 10-2011 de 13 de abril de 2012, el Subsecretario Nacional de Gobernanza de la Salud Pública solicita la elaboración del presente Acuerdo Ministerial.

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.gov.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, encargarse 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 encargarse a la Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública.

DADO EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE LA CIUDAD DE QUITO, a **03 Mayo 2012**

Carara Vance Maffa
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA, ENCARGADA



	Nombre	Cargo	Firma
Ministro	Dr. Paul Arosemena	Ministro de Salud Pública	[Firma]
Subsecretario	Dr. César Torres	Subsecretario de Salud Pública	[Firma]
Subsecretario	Dr. Francisco Villeda	Subsecretario Nacional de Gobernanza de la Salud Pública	[Firma]



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 determina; 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
	Asamblea Jurídica	Director	15/11/2011	
	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 SUCUMBOS

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 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

En el Objetivo 4,

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

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.

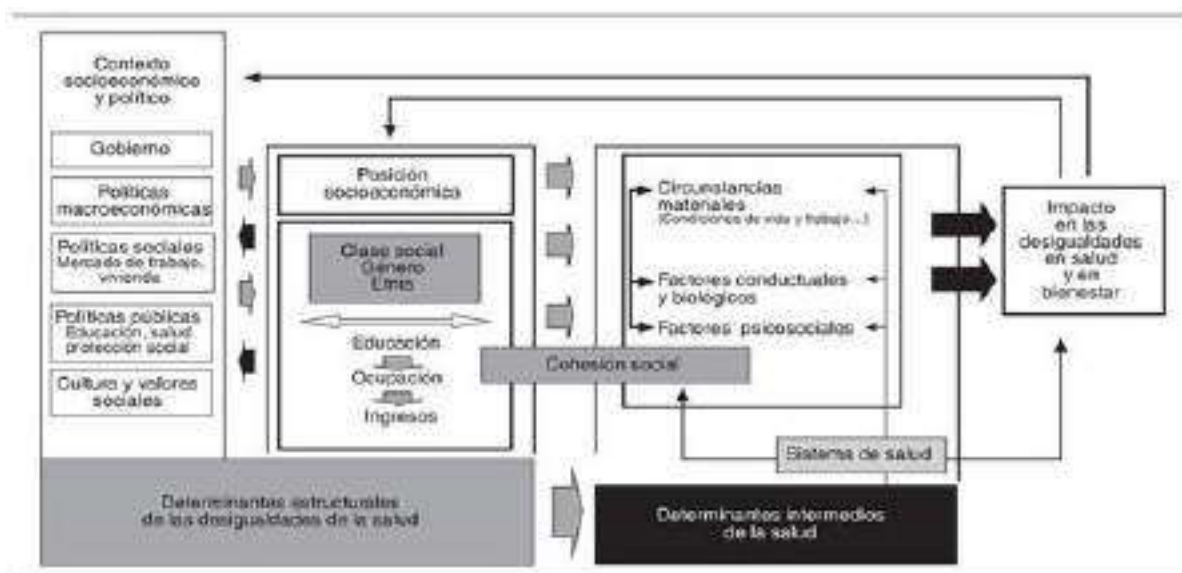
3.2. Determinantes de la Salud

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: Solari e Ibarra¹⁹.

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](#)]

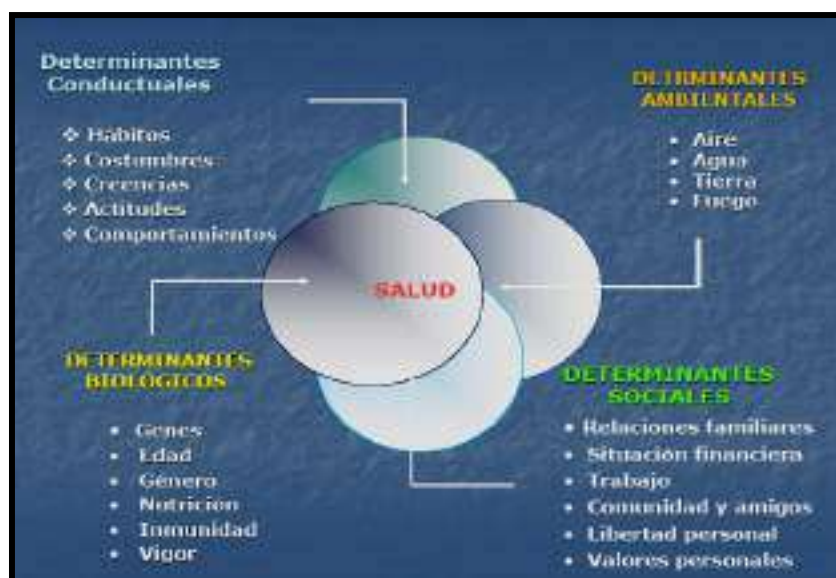
Marmot M, Wilkinson RG. Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al. BMJ. 2001;19:1233-6.

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, facilitaría 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.

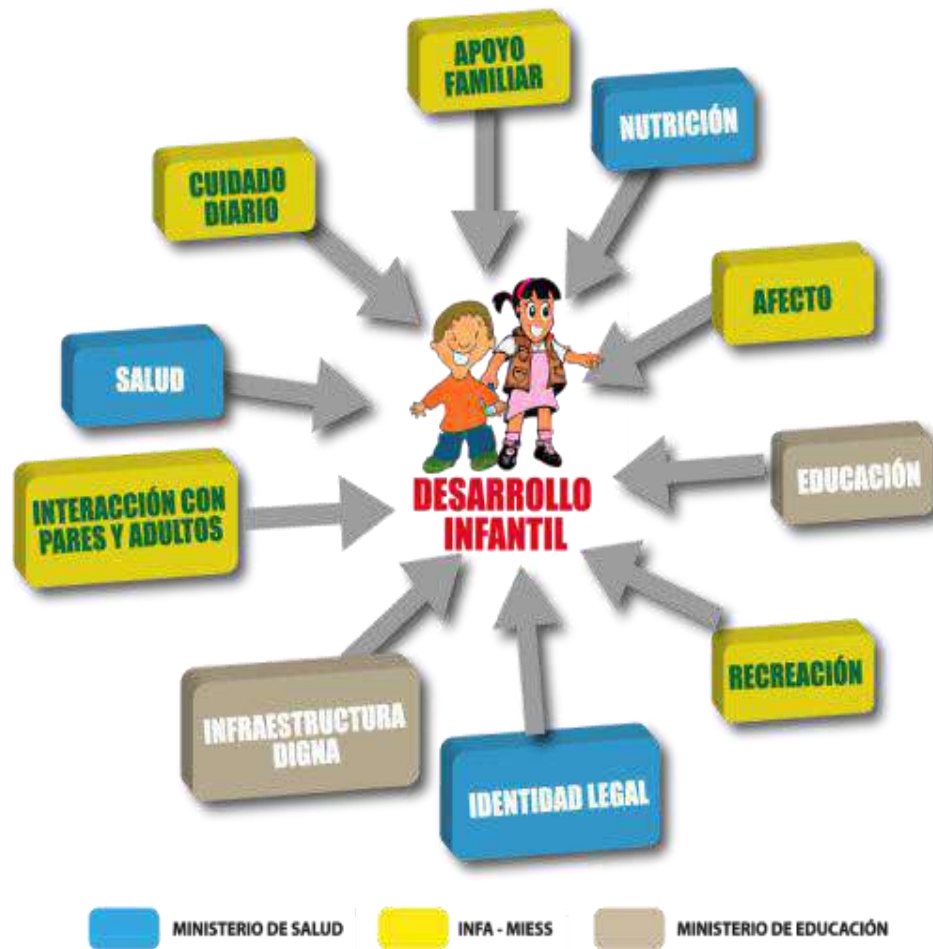


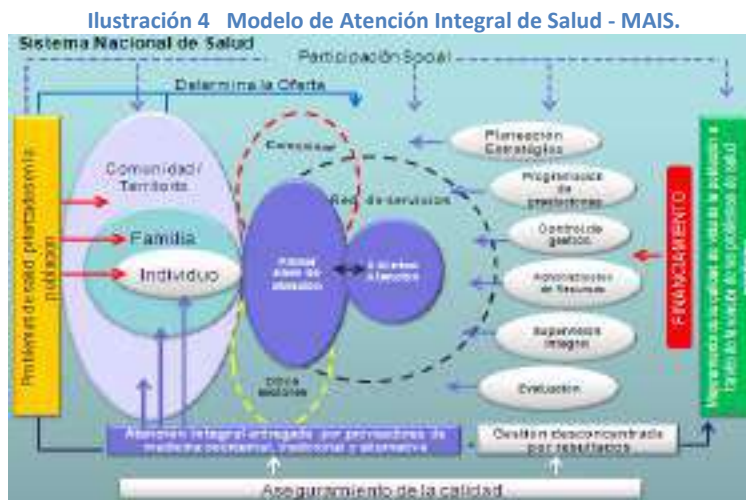
Ilustración 3 Estrategia de Desarrollo Integral Infantil

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 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><u>puerta de entrada obligatoria al SNS</u> y que los hospitales, dependiendo de su capacidad resolutive se conviertan en la atención complementaria a este nivel</p> <p>C. Que se <u>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</u> 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 <u>el Sistema Integrado de Telecomunicaciones</u> y define <u>el Sistema Único de Información en Salud</u> 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 <u>automatizado de información y gestión interinstitucional.</u></p> <p><u>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.</u></p> <p><u>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</u></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: 20px;"> <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.

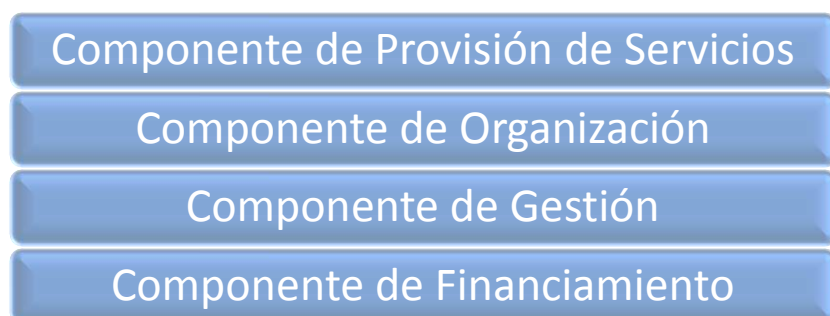
⁴⁵ Género, equidad y reforma de la salud en Chile; Parte IV. Modelo de atención y género: Las condiciones socioculturales de la reforma de la salud en Chile

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

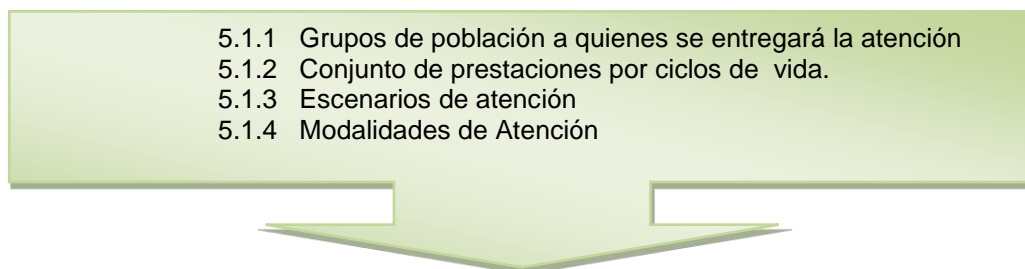
La provisión se relaciona con la oferta de servicios integrales e integrados de salud, garantizando la continuidad en la atención y respondiendo a las necesidades de salud de la población, a nivel individual, familiar y comunitario.

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 los 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

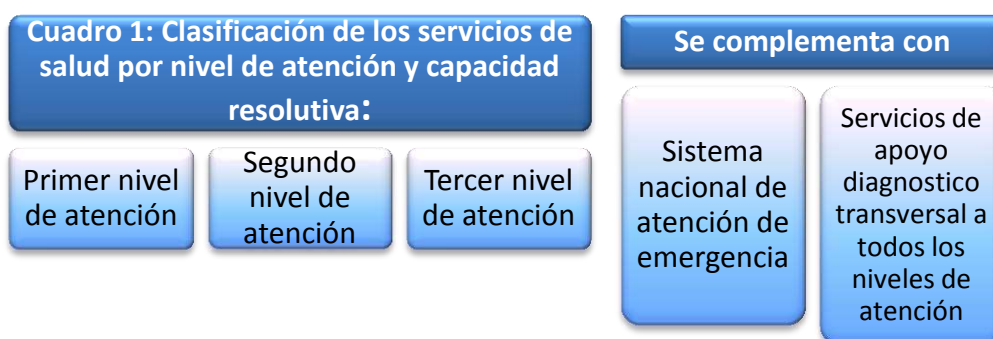
5.2.1. Tipología y homologación de establecimientos de salud

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 aquellas 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 aquellas 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



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, TOTORACocha, 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	ALASI,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, SUCUMBIOS	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