

Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS



Ministerio
de **Salud Pública**



RED PÚBLICA
INTEGRAL
DE SALUD



Subsecretaría Nacional de Gobernanza
de la Salud Pública

Este manual es una guía para la implementación del MAIS en los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud (SNS)

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

Av. República de El Salvador 36-64 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 Y MANEJO DEL
SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y DE LA RED PÚBLICA**

**MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL
SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

Ecuador 2012

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 establece:
"Art. 92. La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, en particular el derecho a la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los salarios mínimos y otros, que aseguran el bien común..."
- "Art. 101. El Estado garantiza la atención del Cáncer a través de la seguridad social (en adelante, "seguridad social") con responsabilidad de formular la política nacional de salud, regular y controlar a través de autoridades adscritas a la salud, así como el funcionamiento de los entes de la salud..."
- Que** la Ley Orgánica de Salud establece:
"Art. 4. La salud es el estado de bienestar físico, mental y social que permite al individuo el ejercicio de las funciones de manera integral, así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley, y las normas que sobre ella se promulgan..."
- "Art. 5. La responsabilidad del Ministerio de Salud Pública... 5. Regular y vigilar la aplicación de las normas técnicas para la curación, prevención, atención integral y rehabilitación, de enfermedades transmisibles, no transmisibles, enfermedades infecciosas, discapacidades, y problemas de salud pública de carácter prioritario, y abarcar los esfuerzos de los territorios de carácter obligatorio, garantizando la confiabilidad de la información... 14. Regular, vigilar y controlar la aplicación de los sistemas de aseguramiento de salud en función de los regímenes correspondientes..."
- Que** mediante Acuerdo Ministerial No. 0001362 de 8 de diciembre de 2011, se aprobó el documento "Acuerdo Ministerial No. 00000103, E.O., 22/08/2011 (E.O. 2011-01-0136 - 00000103 - 00-041110, MSP)";
- Que** con Acuerdo Ministerial No. 0001031 de 1 de noviembre de 2011, se creó el Sistema Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública, ratado por la CJEP al ser necesario actualizar la denominación de la instancia competente para la ejecución del Acuerdo Ministerial No. 00000103, así de Midecine en el 2011;
- Que** mediante memorando No. 028 - SNDSS - 10 - 2012 de 15 de abril de 2012, el Subsecretario Nacional de Gobierno de la Salud Pública solicita la actualización del presente Acuerdo Ministerial.

Dr. Procurador del Equilibrio Nº 08-04 y Salud nº 16 2011-000023-0-214411

www.msp.gob.ec



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 ARTICULO 17 DEL ESTADO DE RÉGIMEN JURÍDICO Y ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA.

ACUERDA:

Reformar el Acuerdo Ministerial No. 0000182 de 8 de diciembre de 2011, en lo siguiente: Formar:

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

"Art. 2.- Los textos del presente Acuerdo Ministerial serán publicados en la página web www.msp.gub.ec del Ministerio de Salud Pública de Ecuador."

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

"Art. 3. De la ejecución del presente Acuerdo Ministerial, que entrará en vigencia a partir de la fecha de su inscripción en el Registro Oficial y de su publicación en el Suplemento a la Subsección Nacional de Gobierno de la Salud Pública."

Art. 4.- El presente Acuerdo Ministerial entrará en vigencia a partir de la fecha de su inscripción en el Registro Oficial y de su publicación en el Suplemento a la Subsección Nacional de Gobierno de la Salud Pública.

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

03 DE ABRIL DE 2012

MINISTRA DE SALUD PÚBLICA, ENCARGADA



Nombre	Cargo	Firma	Fecha
Carolina Mora	Ministra Encargada	[Firma]	[Fecha]
Carolina Mora	Ministra Encargada	[Firma]	[Fecha]
Francisco Pérez	Subsecretario de Asesoría	[Firma]	[Fecha]

Bu. Expediente en: Colección 6.7.11-41 y Salud - Teléfono: 593 (0) 2-311-333

www.msp.gub.ec



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 sectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley, y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias.";
- "Art. 6.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: ... 5.- Regular y vigilar la aplicación de las normas técnicas para la detección, prevención, atención integral y rehabilitación, de enfermedades transmisibles, no transmisibles, crónico-degenerativas, discapacidades y problemas de salud pública declarados prioritarios, y determinar las enfermedades transmisibles de notificación obligatoria, garantizando la confidencialidad de la información; ... 14. Regular, vigilar y controlar la aplicación de las normas de bioseguridad, en coordinación con otros organismos competentes.";
- QUE:** mediante Acuerdo Ministerial No. 000553 de 13 de mayo del 2004, se aprueba y ratifica la publicación del Modelo de Atención Integral, basado en la Atención Primaria de Salud;
- QUE:** mediante Acuerdo Ministerial No. 00543 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,



Ministerio de Salud Pública

00001162

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.

A C U E R D A:

Art.1.- Aprobar el documento denominado "MANUAL DEL MODELO DE ATENCIÓN 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, encargarse a la Subsecretaría de Extensión de la Protección Social en Salud.

DADO EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO a,

03 DIC 2011

Dr. David Chiriboga Albuett
MINISTRO DE SALUD PÚBLICA



Nº	Acta	CGP	Fecha	Asistencia
1	Acta de Institución	Ministerio de Salud	18/11/2011	20
2	Acta de Institución	Ministerio	18/11/2011	20

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 vivir,¹ la vida plena o Sumak Kawsay.² 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 colectivas.

La mirada social y multidimensional del proceso salud enfermedad³ definido en el marco legal vigente,⁴ redimensiona e imprime necesariamente nuevos desafíos al sector salud para superar el histórico abandono al que estuvo sujeto.

¹ 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. Constitución de la República 2008. "Art. 32.

² Es 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

³ Modo 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 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.

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 misma.⁵

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.

Carina Vance Mafla

MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

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

TABLA DE CONTENIDOS

ACUERDO MINISTERIAL 725 - 1162	7
PRESENTACIÓN	11
INTRODUCCIÓN	21
CAPITULO 1	19
1. ECUADOR: EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: ANTECEDENTES, AVANCES Y RETOS	23
CAPITULO 2	29
2. MARCO LEGAL Y NORMATIVO RELACIONADO AL SECTOR SALUD	29
2.1. Constitución de la República del Ecuador	29
2.2. El Plan Nacional para el Buen Vivir 2009 - 2013	32
2.3. Ley Orgánica de Salud	33
2.4. La Agenda Social 2009 – 2011 (MCDS, 2009)	34
2.5. Objetivos de Desarrollo del Milenio	35
2.6. Visión y Misión del Ministerio de Salud Pública del Ecuador	35
CAPITULO 3	39
3. MARCO CONCEPTUAL DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR, COMUNITARIO E INTERCULTURAL- MAIS-FCI	39
3.1. Salud	39
3.2. Determinantes de la Salud	40
3.3. Enfoques del MAIS	42
3.3.1. La Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R)	42
3.3.2. Epidemiología Comunitaria en el Modelo de Atención Integral de Salud y en la Red Pública Integral de Salud.	44
3.3.3. La Participación Social en el Modelo de Atención Integral de Salud y en la Red Pública Integral de Salud	45
3.3.4. Enfoque de Interculturalidad en el Modelo de Atención Integral de Salud y en la Red Pública Integral de Salud	45
3.3.5. Integrar a la Salud Mental en el Modelo de Atención Integral de Salud y en la Red Pública Integral de Salud.	47
3.3.6. Integrar la Investigación, la formación y capacitación del talento humano	48
3.3.7. Los Cuidados Paliativos en el Modelo de Atención Integral de Salud y en la Red Pública Integral de Salud	48
3.4. Prioridades y Estrategias Nacionales	48

CAPITULO 4	53
4. EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL- MAIS-FCI	53
4.1. Definición	53
4.2. Propósito del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural	56
4.3. Objetivo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural	56
4.4. Objetivos estratégicos para el fortalecimiento del Modelo de Atención Integral de Salud	56
4.5. Principios del Modelo de Atención Integral de Salud-.....	57
CAPITULO 5	61
5. COMPONENTES DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL- MAIS-FCI	61
5.1. COMPONENTE DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	61
5.1.1. Grupos de población a quienes se entregará la atención:	62
5.1.2. Conjunto de prestaciones por ciclos de vida:	63
5.1.3. Escenarios de la Atención:	64
5.1.4. Modalidades de atención	65
5.1.5. Estrategias y Herramientas para brindar las prestaciones integrales de salud: visita domiciliaria, ficha familiar, criterios de dispensarización	70
5.2. COMPONENTE DE ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	84
5.2.1. Niveles de Atención: Tipología y homologación de establecimientos de salud	84
5.2.2. Organización de los equipos de atención integral de salud	89
5.2.3. Organización y funcionamiento de la Red Pública Integral de Salud y Complementaria	91
5.2.4. La articulación territorial de la red pública y complementaria de salud en zonas, distritos y circuitos	91
5.2.5. Organización funcional de la Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria	93
5.3. COMPONENTE DE GESTIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	97
Gestión basada en la metodología de Gobierno por Resultados (GPR),...	97
5.3.1. Herramientas de diagnóstico y monitoreo de las condiciones de salud: Diagnóstico de salud Análisis situacional de Salud. ASIS	98

5.3.2.	Planificación estratégica participativa y programación operativa	99
5.3.3.	Gestión y Desarrollo del Talento Humano	100
5.3.4.	Gestión de infraestructura, equipamiento y medicamentos de acuerdo a los estándares definidos por la Autoridad Sanitaria Nacional y el cuadro de medicamentos básicos	101
5.3.5.	Sistema Único Integral e Integrado de Información y Telecomunicaciones	101
5.3.6.	Sistema de Control de Garantía de la Calidad	102
5.3.7.	Monitoreo, Evaluación y Supervisión Integral	103
5.4.	COMPONENTE DE FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	104
5.5.	RESULTADOS DE IMPACTO SOCIAL	105
CAPITULO 6		111
6.	FASES Y HERRAMIENTAS PARA LA IMPLEMENTACION DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL- MAIS-FCI EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.	111
6.1.	Lineamientos generales	111
6.2.	Funciones de los servicios de salud en el primer nivel de atención	112
6.3.	Los equipos de atención integral de salud	113
6.4.	Modalidades de atención	113
6.5.	Campo de acción de los Equipos de salud	116
6.6.	Otros criterios a ser considerados	116
6.7.	Productos de los equipo de salud de primer nivel	118
6.8.	Fases y herramientas para la Implementación del MAIS a nivel distrital en los establecimientos del Primer Nivel de Atención	118
6.8.1.	Atención Integral a nivel individual, familiar, comunitario y del entorno	119
6.9.	Monitoreo y evaluación de la programación de actividades y proyectos:	125
6.10.	Sistema de registro	126
ANEXOS		129
ANEXO 1		129
ESTRATEGIAS NACIONALES DE SALUD		129
ANEXO 2		132
CONJUNTO DE PRESTACIONES POR CICLOS DE VIDA		132
Actividades odontológicas		152

ANEXO 3	159
Tarjetero	159
Tarjetas de Citas	159
ANEXO 4	169
ASIS, MAPA PARLANTE, SALA SITUACIONAL	169
ANEXO 5	195
GUIA DE SUPERVISION PARA EQUIPOS DE SALUD	195
GLOSARIO.	201
BIBLIOGRAFIA	207
Ilustración 1	
Marco Conceptual de los Determinantes de la Salud.	40
Ilustración 2	
Determinantes de la Salud	42
Ilustración 3	
Modelo de Atención Integral de Salud MAIS	53
Ilustración 4	
Integralidad en el Sistema Nacional de Salud	54
Ilustración 5	
Objetivos Estratégicos del Modelo de Atención Integral de Salud	56
Ilustración 6	
Componentes del MAIS - FCI	61
Ilustración 7	
Niveles de Atención	85
Ilustración 8	
Zonas de Planificación	92
Ilustración 9	
Estrategia de Desarrollo Integral Infantil	132
Tabla 1	
Ciclos de Vida	62
Tabla 2	
Escenarios de Atención del MAIS	65
Tabla 3	
Visita Domiciliaria	70
Tabla 4	
Ficha Familiar	77

Tabla 5	
Criterios de Despenalización para diagnóstico y seguimiento de las familias	81
Tabla 6	
Tipología de las Unidades Operativas del Sistema Nacional de Salud	87
Tabla 7	
Categorías de Apoyo diagnóstico: Laboratorio	88
Tabla 8	
Categorías de Apoyo Diagnóstico: Imagen	88
Tabla 9	
Categorías de Apoyo Diagnóstico: Laboratorio Fisiológico - Dinámico	89
Tabla 10	
Metas del Plan Nacional del Buen Vivir 2009 - 2013	106
Tabla 11	
Distritos administrativos a nivel nacional actualizados al VII Censo de población 2010	160
Tabla 12	
Diagnóstico Situacional	169

INTRODUCCIÓN

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural tiene como desafío consolidar la implementación del modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Integral, 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.

Está dirigido al personal de salud de los establecimientos de la Red Pública de Salud (RPIS) y la Red Complementaria y en esta publicación se ha incorporado las directrices y herramientas para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud en todos los niveles de atención.

Ha sido estructurado en base a capítulos, orientados a entregar diferentes conceptos teóricos y prácticos sobre la implementación del modelo.

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.

Capítulo VI:

Incluye lineamientos metodológicos y herramientas de utilidad práctica para desarrollar el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural en el Primer Nivel de Atención.

En esta edición, probablemente se llega 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 de Salud. Sería inadecuado pretenderlo, considerando y validando toda la experiencia que ellos han ganado durante años de desarrollo del modelo de atención en nuestro país, sin embargo, desarrolla conceptos, estrategias, instrumentos y directrices para apoyar a garantizar el derecho a la salud en el Ecuador.

Capítulo 1

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

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 preminencia del enfoque biologicista - 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 Sanitaria.

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 ecuatorianas.

A pesar del reconocimiento acerca de la importancia de que los servicios de salud se encuentren organizados 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 los establecimientos, 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 2005-2010. La pirámide poblacional, muestra una estructura demográfica joven, los grupos etarios de 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. 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 adecuadas. Entre las principales causas de egreso hospitalario están la diarrea y gastroenteritis infecciosas, neumonía, colestitis, aborto no especificado, apendicitis aguda, hernia inguinal, falso trabajo de parto, traumatismo intracraneal. (MSP, INEC. 2010).

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 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 ambientales⁶ 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

⁶ 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

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 presupuesto⁷ 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 establecimientos del Ministerio de Salud Pública, incidieron en un incremento significativo de las coberturas de atención,⁸ por otro lado se 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 resolutoria del primero, segundo y tercer nivel de atención. IV nivel de atención se encuentra la investigación y Centros de Subespecialidad. 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.

⁷ 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.

⁸ 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.

Capítulo 2

MARCO LEGAL Y NORMATIVO
RELACIONADO AL SECTOR SALUD

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 Kawsay.

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.

<p style="color: #008000;">Cap. II Sección 7 Art. 32</p>	<p style="text-align: center;">“DERECHOS DEL BUEN VIVIR”</p> <p>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”.¹</p>
<p style="color: #008000;">Cap. III Art. 35</p>	<p>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”):</p>

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	<p>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.</p> <p>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)</p>
-----------------	---

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 el 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	<ol style="list-style-type: none"> 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

Estaduto 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:

<p>En el Objetivo 1,</p> <p>“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.</p>	<p>En la Política 1.10</p> <p>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.</p>
---	--

<p>En el Objetivo 2,</p> <p>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.</p>

<p>En el Objetivo 3</p> <p>“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.</p>	<p>En la Política 3.1</p> <p>Promover prácticas de vida saludable en la población.</p> <p>En la Política 3.2</p> <p>Fortalecer la prevención, el control y la vigilancia de la enfermedad, y el desarrollo de capacidades para describir, prevenir y controlar la morbilidad.</p> <p>En la Política 3.3</p> <p>Garantizar la atención integral de salud por ciclos de vida, oportuna y sin costo para las y los usuarios, con calidad, calidez y equidad.</p>
--	--

	<p>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</p> <p>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</p> <p>En la Política 3.7 Propiciar condiciones de seguridad humana y confianza mutua entre las personas en los diversos entornos</p>
--	---

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	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.”</p>

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

Define para el sector salud tres ejes prioritarios de intervención:

1	2	3
<p>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.</p>	<p>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.</p>	<p>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.</p>

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:

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

2.6 Visión y Misión del Ministerio de Salud Pública del Ecuador

El Ministerio de Salud Pública como la máxima Autoridad Sanitaria (AS), 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.

- Su MISIÓN 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 ininterrumpido 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”.

Capítulo 3

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

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 salud⁹ 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, 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, pp. 20) *“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”*.

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”*

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

⁹ Estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad. OMS 1946

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.

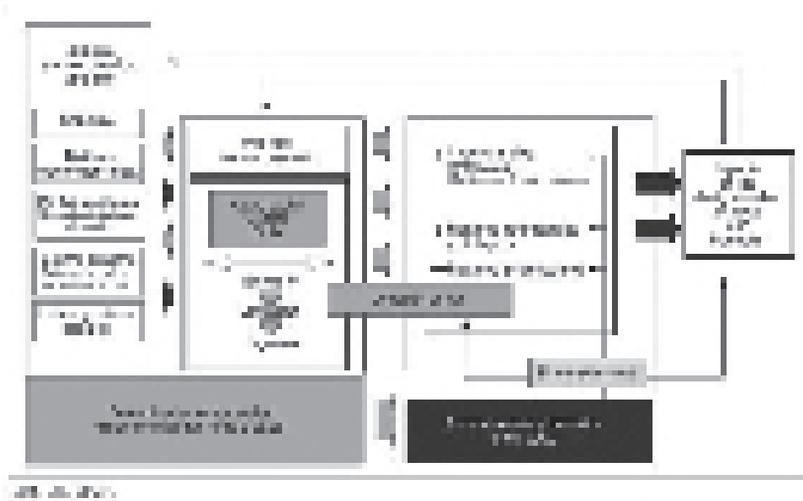
3.2. Determinantes de la Salud

Se denomina al conjunto de procesos que tienen el potencial para generar protección o daño, para la salud individual y colectiva. Factores complejos que al actuar de manera combinada determinan los niveles de salud de los individuos y comunidades.

Se refiere a las interacciones entre las características individuales, los factores sociales y económicos, y los entornos físicos, en estrecha relación con la distribución de la riqueza en la población y no solo con su producción. (Health Canadá 2000)

Los determinantes de salud que el MAIS-FCI lo asume es el modelo elaborado por la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS son: APS-R, Atención Primaria en Salud-Renovada.

Ilustración 1
Marco Conceptual de los Determinantes de la Salud.



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. (Krieger Et al, 2005)

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 poder o de acceso a los recursos, en las que resultan más beneficiadas las personas de clases sociales privilegiadas (Krieger Et al, 2000), 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 racismo. (Lynch Et al, 2000)

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.

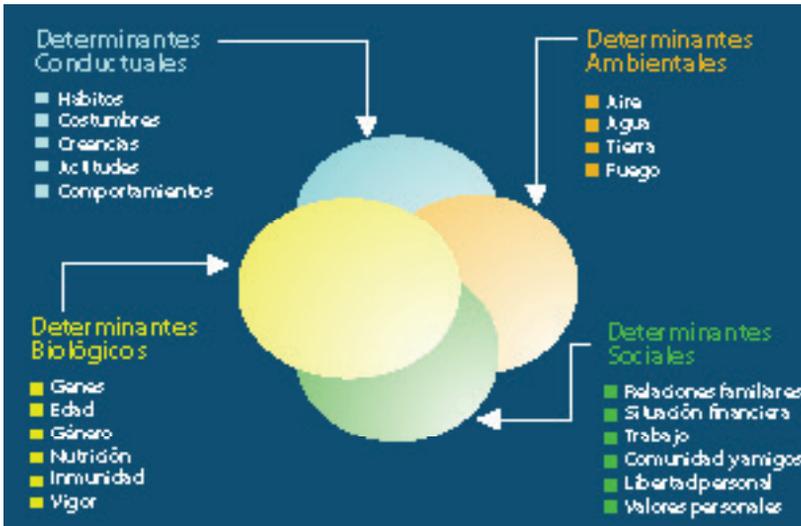
Determinantes ambientales. La interacción entre elementos naturales y sociales contribuye a la generación de condiciones de protección o riesgo para la salud. Según el informe Landone (1974), se estima que un 20% de la mortalidad en los países puede ser atribuida a riesgos ambientales.

La protección de la salud depende de la capacidad de la sociedad para mejorar la interacción entre la actividad humana y el ambiente químico, físico y biológico. Esto debe hacerse de manera que promueva la salud humana y prevenga la enfermedad, manteniendo el equilibrio y la integridad de los ecosistemas, y evitando comprometer el bienestar de las futuras generaciones. (Placeres Et al, 2007)

En el país, los determinantes ambientales tienen una gran relevancia en la exposición a condiciones de riesgo, por ejemplo las limitaciones en el acceso a agua segura, servicios básicos, a condiciones para la seguridad alimentaria, que afecta sobre todo a las poblaciones de zonas rurales y barrios populares de las ciudades.

El Ecuador se encuentra amenazado por la acción de varios fenómenos geológicos: sismos, erupciones volcánicas e inestabilidad de terrenos, además de inundaciones secías, 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. Enfoques del MAIS

3.3.1 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”.¹⁰

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.

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 bajo los siguientes objetivos:

- Facilitar la inclusión social y la equidad en salud
- Promover los sistemas de salud basados en APS
- Potenciar la promoción de la salud y promover la atención integral e integrada
- Fomentar el trabajo intersectorial y sobre los determinantes
- Orientar hacia la calidad de la atención y seguridad del paciente
- Fortalecer los recursos humanos en materia de salud

¹⁰ Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, Bogotá:1992

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 tres niveles más complejos de atención, con la finalidad de dar atención integral y específica a las demandas individuales.

3.3.2 Epidemiología Comunitaria en el Modelo de Atención Integral de Salud y en la Red Pública Integral de Salud.¹¹

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:

- 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.

¹¹ Documento preparado por el Dr. Juan Moreira, La Epidemiología Comunitaria en el Modelo de Atención Integral de Salud, Quito.2011

3.3.3 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.

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.

3.3.4 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 afroecuatorianos 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 afroecuatorianos.

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 diálogo y el irrestricto respeto a los derechos de las personas.

En este sentido, el MSP a través de la Dirección Nacional de Salud Intercultural y Derechos, 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-FC 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, 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 interrelación 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, contribuyendo a responder adecuadamente a las necesidades de las y los 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, incorporando el enfoque intercultural 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, que interrelacionados 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.

La Interculturalidad en el Modelo de Atención Integral de Salud: Reconoce la **Gestión y Atención de Salud Intercultural**: Corresponde a la unidad hacer operativo el mandato constitucional, diseñando los mecanismos que posibiliten la coordinación entre los sistemas de salud occidental y de los pueblos diversos, ancestrales, tradicionales y alternativos, garantizando la atención de las personas usuarias con el debido respeto a sus derechos humanos según su elección, así mismo fomentando la promoción de la salud desde su cosmovisión, proyectando las prácticas saludables.

El reconocimiento de la diversidad cultural implica un DIÁLOGO INTERCULTURAL, cuyo fundamento es el reconocimiento del otro sin barreras, ni jerarquías sociales en el que por una parte el Estado y los pueblos, nacionalidades indígenas, afro ecuatorianos, montubios y mestizos, puedan debatir la prestación de un servicio integral adecuado a su cosmovisión y / o en su defecto se valore, respete su propio sistema, garantizando el acceso conforme a su elección en un plano de igualdad.¹²

¹² La Dirección Nacional de Interculturalidad, Derechos y Participación en Salud del MSP está trabajando en una propuesta conceptual y metodológica para la incorporación del enfoque intercultural y de género en las políticas y en el MAIS

3.3.5 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 derechos.¹³ 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 para alcanzar sus propios objetivos (OMS, 2004). En este sentido, la salud mental es materia de interés para todos, y no sólo para aquellos afectados por un trastorno mental.

En el Ecuador la Constitución de la República señala la importancia de la asistencia psicológica para garantizar estabilidad física y mental¹⁴ a la población. De igual manera en la Ley Orgánica de Salud constan artículos relacionados directamente con algunos tópicos de la salud mental¹⁵ y en el Plan Nacional para el Buen Vivir se inscriben de manera tácita aspectos relacionados a la promoción de la salud mental.¹⁶

Bajo estos instrumentos legales el Modelo de Atención Integral de Salud, enfatiza en la importancia de intervenir en las condiciones de esta dimensión de la salud,¹⁷ y la incorporación de la Salud Mental Comunitaria en los planes de salud y la organización de los servicios,¹⁸ superando los Modelos: Curativo y Clínico Biológico¹⁹ que marcan aún el quehacer de los servicios psiquiátricos y de salud mental en el país.

¹³ 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

¹⁴ Artículo 38 literal 9, que se refiere a políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores.

¹⁵ 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.

¹⁶ 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.

¹⁷ 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

¹⁸ 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.

¹⁹ 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.

El modelo comunitario de salud mental permite comprender al individuo en sus dimensiones biológicas, psicológicas, culturales, sociales y políticas; fortalece la participación de la comunidad en la planificación y desarrollo de actividades orientadas al cuidado de la salud mental, 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.

3.3.6 Integrar la Investigación, la formación y capacitación del talento humano

El MAIS plantea fortalecer los procesos de investigación, formación y capacitación del talento humano y que la producción de conocimientos se constituya en una herramienta para contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud y vida de la población.

El talento humano constituye el pilar fundamental del cambio en el modelo de atención, los procesos de formación, capacitación y la investigación se orientan a lograr excelencia técnica, integralidad y compromiso.

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 incorpora especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria y Técnicos de Atención Primaria de Salud el segundo y tercer nivel se formaran especialistas en las áreas que son pertinentes. y en el cuarto nivel constituirá el gran espacio para las grandes especialidades y la investigación científica

3.3.7. Los Cuidados Paliativos en el Modelo de Atención Integral de Salud²⁰ 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.

3.4 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 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

²⁰ Acuerdo Ministerial para Cuidados Paliativos. Marzo 2011

Desarrollo del Milenio (ODEM).

El MSP ha definido estrategias nacionales de acuerdo a las prioridades y perfil epidemiológico de la población como la ENIPLA, Nutrición Acción-Desnutrición Cero, Prevención y Atención Integral a personas con problemas crónico-degenerativos, tuberculosis, VIH-SIDA, entre otras, que se vinculan a las metas del Plan Nacional del Buen Vivir. **Anexo 1 (Estrategias Nacionales en Salud)**

Capítulo 4

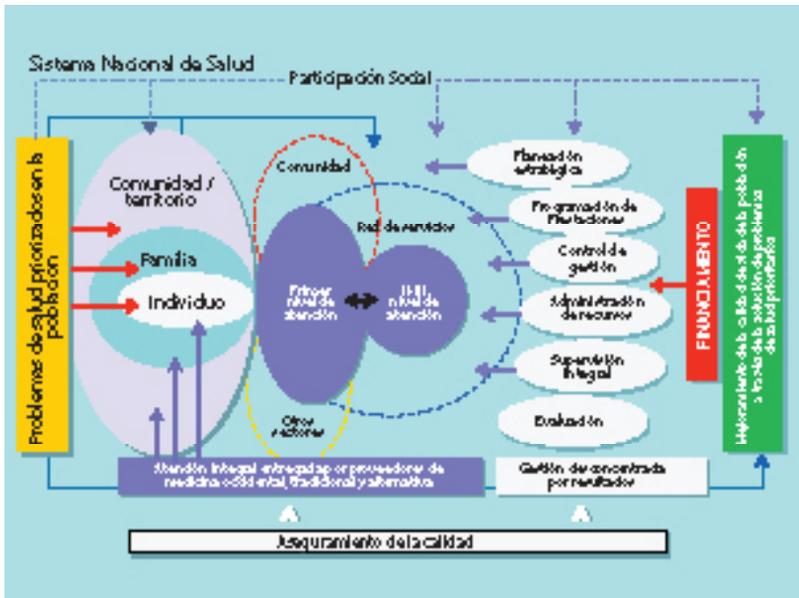
EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE
SALUD FAMILIAR COMUNITARIO
E INTERCULTURAL – MAIS-FCI

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 estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad – el entorno, permitiendo la integralidad en los niveles de atención en la red de salud.

Ilustración 3
Modelo de Atención Integral de Salud MAIS



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 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 4
Integralidad en el Sistema Nacional de Salud

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

Integralidad en la atención individual y familiar: 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 a nivel territorial : Para el Modelo de Atención MAIS-FCI se responderá a las necesidades locales, tomando en consideración: el perfil epidemiológico, las especificidades y necesidades de los grupos poblacionales según ciclos de vida, pertenencia étnica, relaciones de género, estratificación social, la realidad local de cada zona y distrito por lo que deberán revisar sus objetivos y metas en función de intervenciones que den respuesta a las necesidades de la población e integrar las acciones a través de los servicios, para lograr la horizontalización y convergencia de programas.

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.

Integralidad en la atención: superar programas verticales e integrar la atención considerando las especificidades y requerimientos de la población en los diferentes momentos del ciclo vital.

- Atención Integral a la población: Es dirigir los esfuerzos con acciones sistemáticas y coordinadas con enfoque intercultural, 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 en las acciones intersectoriales: El Sistema Nacional de Salud tiene por objeto mejorar la calidad de vida de la población. 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.

Los planes de salud deben ser preparados y discutidos con toda la sociedad civil organizada para lograr articular los esfuerzos hacia un objetivo común. El personal debe incluir en la programación de su tiempo de trabajo las actividades de coordinación intersectorial y participar activamente en las instancias de coordinación intersectorial y la construcción de los planes de desarrollo territorial en coordinación con los GADS, SENPLADES y otras instancias gubernamentales..

En resumen se deben promover acciones encaminadas a mejorar la calidad de vida, mediante actividades de coordinación intra e intersectorial, para actuar sobre los determinantes de la salud.

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.
- Fortalecer los procesos de capacitación tanto a nivel comunitario como institucional, así como el fortalecimiento de conocimientos y experiencia 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 contrareferencia 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 potenciar la atención que se brinde a la población.

Integralidad en la gestión institucional

El Nivel Central apoyará el desarrollo de las capacidades técnicas de las Zonas, Distritos y circuitos, pasar de una organización vertical a una organización horizontal y a una integración de acciones por conjunto de necesidades y 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.

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 entorno,²¹ con énfasis en la participación organizada de los sujetos sociales.

4.4 Objetivos estratégicos para el fortalecimiento del Modelo de Atención Integral de Salud

Ilustración 5

Objetivos Estratégicos del Modelo de Atención Integral de Salud

OBJETIVO ESTRATEGICO DEL MAIS
4.4.1 Reorientación del enfoque curativo, centrado en la enfermedad y el individuo, hacia un enfoque de producción y cuidado de la salud sustentado en la estrategia de APS, fortaleciendo y articulando las acciones de promoción, prevención de la enfermedad, en sus dimensiones individual y colectiva; garantizando una respuesta oportuna, eficaz, efectiva y continuidad en el proceso de recuperación de la salud, rehabilitación, cuidados paliativos; con enfoque intercultural, generacional y de género.
4.4.2 Acercar los servicios de salud a la comunidad reduciendo las barreras de acceso, disminuyendo la inequidad, fortaleciendo la capacidad resolutive del primero y segundo nivel, organizando la funcionalidad del sistema de manera tal que se garantice que el primer nivel atención se constituya en la puerta de entrada obligatoria al sistema de salud y que los hospitales, dependiendo de su capacidad resolutive se conviertan en la atención complementaria del primer nivel de atención.
4.4.3 Fortalecer la organización territorial de los establecimientos de salud en Red Pública integral y ampliación de la oferta estructurando redes zonales y distritales conforme la nueva estructura desconcentrada de gestión del sector social y la articulación requerida en los diferentes niveles de atención, fortaleciendo el sistema de referencia y contrareferencia para garantizar la continuidad en las prestaciones.

²¹ 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>4.4.4 La excelencia en la prestación de servicios en los tres niveles de atención con talento humano capacitado, motivados y comprometido; garantizando 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 la ASN; 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. En el primer y segundo nivel se incorpora especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria y Técnicos de Atención Primaria de Salud.</p>
<p>4.4.5 Implementación del Sistema Integrado de Telecomunicaciones y el Sistema Único de Información 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.</p>
<p>4.4.6 Impulsar 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, 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>4.4.7 El fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y la incorporación de experiencias innovadoras y eficaces como la epidemiología comunitaria 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>4.4.8 Fortalecer la planificación e intervención intersectorial que permita intervenir sobre los determinantes de la salud, 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. El enfoque intersectorial contribuye a la consecución de indicadores de impacto social.</p>

4.5. Principios del Modelo de Atención Integral de Salud

- Garantía de los derechos de las y los ciudadanos** y la corresponsabilidad en el cumplimiento de los deberes hacia los otros, sus comunidades y la sociedad. La garantía de derechos implica generar condiciones para el desarrollo de una vida saludable y el acceso universal a servicios de salud integrales, integrados y de calidad, a través de mecanismos de organización, provisión, gestión y financiamiento adecuados y suficientes para cubrir a toda la población, eliminando las barreras de acceso a la salud.
- Universalidad:** es la garantía de acceso a iguales oportunidades para el cuidado y atención integral de salud de toda la población que habita en el territorio nacional independientemente de la nacionalidad, etnia, lugar de residencia, sexo, nivel de educación, ocupación, ingresos. La articulación y funcionamiento de la Red Pública Integral de Salud y red complementaria para garantizar el acceso a servicios de excelencia a toda la población.

- **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).
- **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**.
- **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.

Capítulo 5

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

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 PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

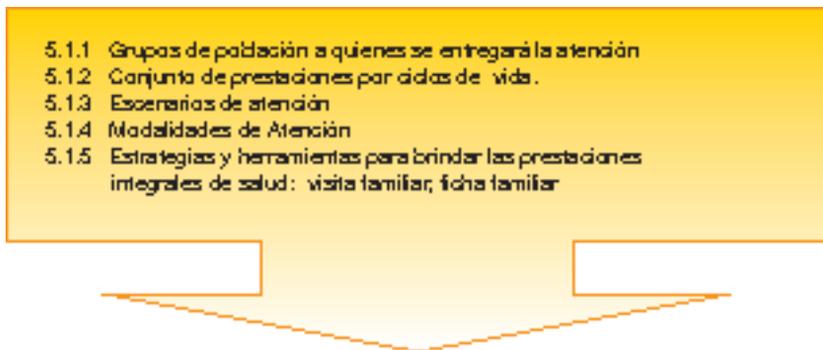
La provisión se relaciona con la oferta de servicios integrales e integrados de salud, garantizando la continuidad en la atención y respondiendo a las necesidades de salud de la población, a nivel individual, familiar y comunitario.

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).

Por 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:

- Individuos y familias considerando las necesidades de acuerdo al ciclo vital
- Grupos prioritarios establecidos en la Constitución de la República,
- Grupos expuestos a condiciones específicas de riesgo laboral, ambiental y social.

- **Ciclos de vida:**

Las atenciones en salud, se entrega a las personas y las familias considerando las especificidades y necesidades de cada grupo etario y con enfoque de género, garantizando una atención integral durante todo el ciclo vital:

Tabla 1
Ciclos de Vida

Ciclo de Vida	Grupos de edad			
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 joven: 20 a 39 años Adulto 40 a 64			
Adulto/a mayor	Más de 65 años			

Elaborado por: Equipo SGS

- **Grupos de atención prioritaria:**

La Constitución Ecuatoriana en el artículo 35 establece que 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 e integradas de atención con la Red Pública y Complementaria 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:

Se llama conjunto de prestaciones a una relación ordenada en que se incluyen y describen el conjunto de derechos concretos, explícitamente definidos, en términos de servicios, tecnologías o pares de estados necesidad-tratamiento, que el sistema de salud se compromete a proveer a una colectividad, para permitirle acceder a ellos independientemente de su capacidad financiera y situación laboral.

El propósito central de un CPS consiste en contribuir a la transformación de un derecho declamado a la salud, con los ciudadanos como destinatarios, en un derecho objetivable a unas determinadas acciones de promoción de la salud, prevención de problemas y enfermedades, atención durante episodios de enfermedad y rehabilitación en formas adecuadas y tiempos oportunos. Este cometido se logra mediante la garantía por parte del CPS de suficiencia operativa y financiera dada por su adecuación a los recursos disponibles, niveles adecuados de efectividad y eficiencia de las prestaciones, mejoras en la equidad de acceso a todas las fases de la atención y seguridad jurídica por establecer claramente el derecho a determinados servicios.

El conjunto de prestaciones debe:

- Ser actualizadas periódicamente lo que involucra realizar un monitoreo de los necesidades de salud que por derecho deben ser cubiertas.
- Incluye la atención de enfermedades catastróficas

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 2 (Conjunto de prestaciones por ciclos de vida).

5.1.3. Escenarios de la Atención:

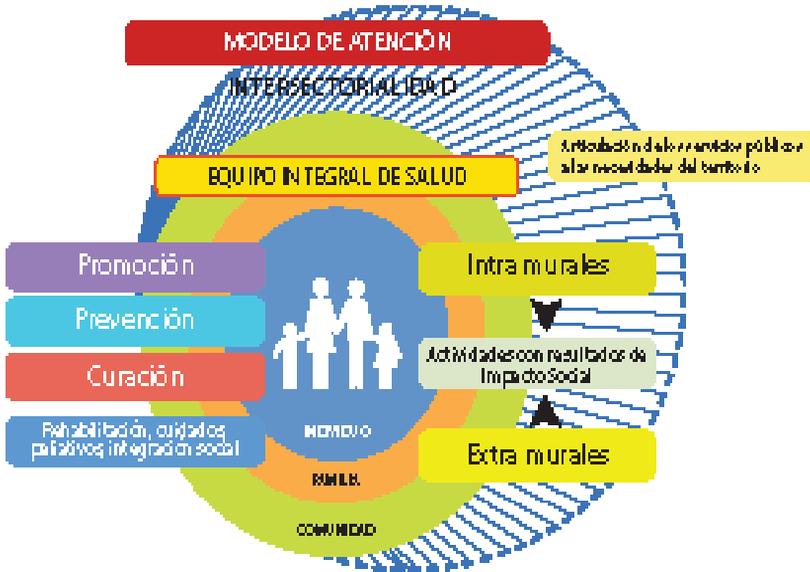
Atención Individual.- Reconociendo el carácter multidimensional de la persona, cuyo desarrollo y necesidades de salud no se relacionan solamente con las condiciones biológicas sino que se enmarcan en un complejo sistema de relaciones biológicas, emocionales, espirituales, sociales, culturales, ambientales 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.

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.

Tabla 2
Escenarios de Atención del MAIS



5.1.4. Modalidades de atención:

El MAIS-FCI organiza la atención integral bajo las siguientes modalidades:

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

MODALIDADES DE ATENCIÓN DE LOS EQUIPOS INTEGRALES DE SALUD EN LOS NIVELES DE ATENCIÓN 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 LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN:

Atención intramural o en la unidad de salud: La atención intramural es la que se brinda en la unidad de salud implementando el conjunto de prestaciones por ciclos de vida, que articula acciones de recuperación de la salud, prevención de riesgos y enfermedad, promoción de la salud, cuidados paliativos y rehabilitación. Se implementa bajo las normas, protocolos y guías clínicas de atención establecidas por la ASN que son de cumplimiento obligatorio para todas las unidades de la Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria.

La atención integral a nivel intramural debe garantizar calidad, calidez, oportunidad y continuidad en las acciones y sustentarse en una relación de respeto y reconocimiento de los derechos de las personas.

Las actividades intramurales contemplan también los procesos de formación y capacitación en servicio para el equipo integral de salud y la investigación de acuerdo a las prioridades nacionales y la realidad local.

- 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.
- 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 PROPORCIONADOS PRINCIPALMENTE POR LOS ESTABLECIMIENTOS OPERATIVAS DE PRIMER NIVEL:

Atención extramural o comunitaria: 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.. Lo ejecutan fundamentalmente los Equipos de Atención Integral de primer nivel de atención quienes realizan:

- a) Actividades de organización comunitaria involucrando a los actores sociales de la zona de cobertura para trabajar sobre los problemas prioritarios de la población.
- b) Identificación oportuna de riesgos y/o daños en individuos, familias y comunidad e implementación de planes de atención.
- c) Actividades sistemáticas de promoción de la salud a nivel individual, familiar y comunitario.
- d) Atención a población priorizadas y comunidades alejadas.
- e) Realizar identificación de eventos centinela para la realización de medidas epidemiológicas oportunas.

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:²²

- 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.
- 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).

²² 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.

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 establecimientos 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 prioritarios,²³ 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.
- 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.

ATENCIÓN EN ESTABLECIMIENTOS MOVILES DE SALUD

Atención en Establecimientos Móviles.- Los Establecimientos Móviles de Salud (EMS) forman parte de una estrategia de prestación puntual y ambulatoria de servicios de salud.

²³ 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.

Su fundamento es “mantener una presencia” en el terreno; sin embargo, la estrategia de las EMS 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 sanitario. (Du Mortier, 2006 pp. 6)

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

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.

Los EMS se relacionan con la red de servicios de salud a través de la referencia de pacientes, como el mecanismo más idóneo de mantener la continuidad de los servicios.

Los EMS no son exclusivos 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 de otra manera no podrían asistir a la unidad hospitalaria. Estas acciones, sin embargo, requieren de EMS 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.

ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

La atención prehospitalaria 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. La atención prehospitalaria debe constituirse en un sistema integrado de servicios médicos de urgencias y no entenderse como un simple servicio de traslado de pacientes en ambulancias, atendidos con preparación mínima. (MSP, 1993)

La atención prehospitalaria es una actividad más dentro de los cuidados de salud (Tintianalli, 2004) 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 prehospitalaria, 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 asistencial.²⁴

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 CRU.²⁵

²⁴ Asociación Colombiana de Tecnólogos en Atención Pre hospitalaria, Emergencias y Desastres, disponible en: <http://www.acotaph.org>

²⁵ Los Centros Reguladores de Urgencias una propuesta para la atención de urgencias, Carlos E. Rodríguez

El objetivo fundamental es ubicar al 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. (Servicio Seccional de Salud de Antioquia, 1991)

5.1.5. Estrategias y Herramientas para brindar las prestaciones integrales de salud: visita domiciliaria, ficha familiar, criterios de dispensarización

Tabla 3
Visita Domiciliaria

DEFINICION:

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.

FINALIDAD:

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

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:

- 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 sustancias psicoactivas, 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. 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.

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 redunda 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. Acá 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.
4. Unificar la calidad de atención de todos los profesionales implicados: protocolos de actuación, sesiones clínicas control del dolor, prevención de úlceras, etc.
5. 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 vista 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 cómo 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 en la ficha familiar.

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. Diariamente informará a los demás miembros del equipo de las situaciones especiales encontradas.
11. El equipo de salud mantendrá continuamente el croquis actualizado, con los riesgos, problemas de salud y de servicios de salud, para ser rápidamente identificados.
12. 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

DEFINICION:

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

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

Tiene dos objetivos fundamentales:

- Medir de las condiciones de vida
- medir los determinantes sociales de salud

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

La Ficha familiar nos servirá además para:

- Identificar las determinantes de la salud de la familia.
- Realizar educación para la salud con la familia.
- Planificar visitas domiciliarias en base a sus prioridades.
- Clasificar las familias según el riesgo que presenten y priorizar su atención
- Realizar la clasificación individual para dar el seguimiento a miembros de la familia con problemas de salud y riesgos identificados y Dispensarización 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

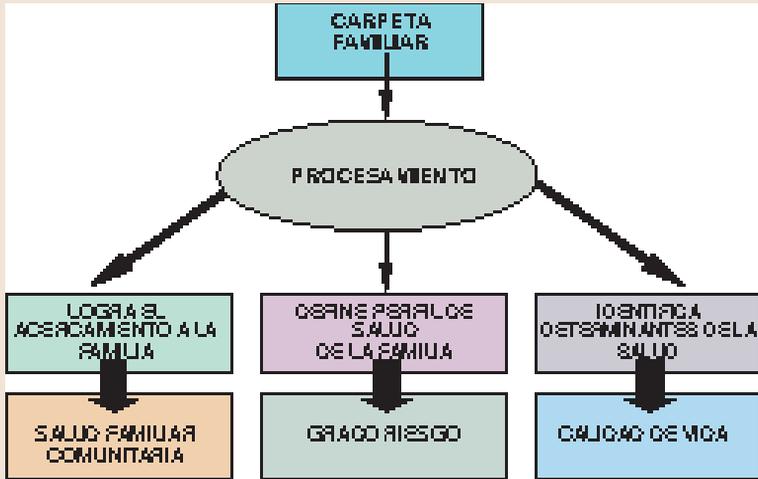
La calificación de los riesgos biológicos - psicológicos, familiares y comunitarios permitirá un mapeo de cada nivel, facilitando el análisis y la dirección de los esfuerzos a los grupos de mayor riesgo. Los criterios para calificar riesgo deberán tomar en cuenta:

- 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 asignará 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.²⁶

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.

Su estructura y tamaño será de acuerdo a la realidad local de cada unidad y de la población de responsabilidad. La forma será igual al de la imagen que está en anexo.

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 las 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 ANEXO 3

²⁶ Tomado de Salud Familiar Dr Jose Luis Contreras, Metropolitana, Chile Director CESFAM EEF

Tabla 5
Criterios de Despensarización para diagnóstico y seguimiento de las familias

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. Coordinar visitas domiciliarias en caso de ser necesario</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. Se coordinara con la unidad operativa responsable la entrega de turnos para facilitar el acceso al servicio de salud en casos especiales.</p>
GRUPO II: Con factores de riesgo	Personas en las que se comprueba o refieren padecer de alguna condición anormal que representa un riesgo potencial para su salud a mediano	<p>El número de consultas de seguimiento y subsecuentes que se realizara será bajo los estándares del MSP por ciclos de vida:</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>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 sustancias psicoactivas, riesgos sociales de adquirir enfermedades de transmisión sexual, el intento suicida, el riesgo preconcepcional, así como también los riesgos en el medio escolar o laboral, entre otros.</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>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>GRUPO III: Con patologías crónicas</p>	<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 vida.</p>	<p>El número de consultas de seguimiento y subsiguientes 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, 	<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>

	<p>En este grupo se incluye cualquier entidad</p> <p><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>	<ul style="list-style-type: none"> • Curación y Rehabilitación. • Registro: Historia Clínica individual • Coordinar visitas 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. 	<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>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 secuelas que determinan un estado de incapacidad variable).</p> <p>Se incluyen las personas con discapacidades: físico motoras, intelectuales, auditivas, visuales, viscerales, psíquicas, mixtas.</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. <p>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</p>	<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>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.</p>	
--	--	--	--

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, III y IV nivel y en la lógica de trabajo interinstitucional en redes y microrredes a nivel territorial. El componente de organización comprende:

- 5.2.1 Niveles de Atención: Homologación y Tipología de los Establecimientos de Salud
- 5.2.2 Organización de los Equipos de Atención Integral de Salud (EAIS)
- 5.2.3 Organización Territorial y funcionamiento de la Red Pública y complementaria.



5.2.1. Niveles de Atención: Tipología y homologación de establecimientos de salud²⁷

El MSP como autoridad Sanitaria Nacional y con el objetivo de articular 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.

²⁷ Tomado Del Acuerdo Ministerial 1203 Tipología De Establecimientos

La organización de los servicios de salud en niveles de atención, permite organizar la oferta de servicios para garantizar la capacidad resolutive y continuidad requerida para dar respuesta a las necesidades y problemas de salud de la población.

El nivel de atención es un conjunto de establecimientos de salud que bajo un marco normativo, legal y jurídico, establece niveles de complejidad necesarios para resolver con eficacia y eficiencia necesidades de salud de diferente magnitud y severidad, se organizan de acuerdo al tipo de servicios que deben prestar, estándares de calidad en infraestructura, equipamiento, talento humano, nivel tecnológico y articulación para garantizar continuidad y el acceso escalonado de acuerdo a los requerimientos de las personas hasta la resolución de los problemas o necesidades de salud.

El primer nivel de atención se constituye en la puerta de entrada y debe resolver el 80% de las necesidades de salud de la población y a través del sistema de referencia-contrareferencia se garantiza el acceso a unidades y servicios de mayor complejidad hasta la resolución de la necesidad o problema.

El Acuerdo Ministerial No 0.01203 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 registrará estrictamente según la normativa del Sistema de Referencia y Contrareferencia 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, para más información ver página web msp.gov.ec en acuerdos ministeriales. Anexo 4: estructura de los niveles distritales

Se ha definido la distribución de los servicios de salud por niveles de atención y acorde a la tipología conforme los siguientes cuadros explicativos, para más información ver página web msp.gov.ec en acuerdos ministeriales.

Ilustración 7
Niveles de Atención



Elaborado por: Equipo SNGSP

El primer nivel de atención es el más cercano a la población, facilita y coordina el flujo de pacientes dentro del Sistema, garantiza una referencia y contrarreferencias adecuada, asegura la continuidad y longitudinalidad de la atención. Promueve acciones de Salud Pública de acuerdo a las normas emitidas por la autoridad sanitaria nacional. Es ambulatorio y resuelve problemas de salud de corta estancia. Es la puerta de entrada obligatoria al Sistema Nacional de Salud. (Acuerdo No. 1203)

El I Nivel de atención, 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 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.

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 al II nivel se lo realizara a través del primer nivel de atención exceptuándose los caso de urgencias médicas que una vez resueltas serán canalizadas a nivel uno.

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

El 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 trasplantes, cuidados intensivos, cuenta con subespecialidades reconocidas por la ley; se incluyen los siguientes

El IV nivel de Atención

El IV nivel de atención es el que concentra la experimentación clínica, preregistro o de procedimientos, cuya evidencia no es suficiente para poder instaurarlos en una población, pero que han demostrado buenos resultados casuísticamente o por estudios de menor complejidad.

Estos establecimientos solo serán autorizados en los subsistemas públicos de la Red Pública Interinstitucional de Salud (RPIS).

El nivel de Atención Prehospitalaria

Es el nivel de atención autónomo e independiente de los servicios de salud, que oferta atención desde que se comunica un evento que amenaza la salud, en cualquier lugar donde éste ocurra, hasta que él o los pacientes sean admitidos en la unidad de emergencia, u otro establecimiento de salud, cuya capacidad resolutive sea la adecuada.

Tabla 6
Tipología de las Unidades Operativas del Sistema Nacional de Salud

NIVELES DE ATENCIÓN, NIVELES DE COMPLEJIDAD, CATEGORÍA Y NOMBRES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD			
NIVELES DE ATENCIÓN	CATEGORÍA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	CATEGORÍA DE ESTABLE. DE SALUD	NOMBRE
Primer nivel de atención	1° nivel	I-1	Puesto de salud
	2° nivel	I-2	Consultorio general
	3° nivel	I-3	Centro de salud – A
	4° nivel	I-4	Centro de salud – B
	5° nivel	I-5	Centro de salud – C
Segundo nivel de atención	AMBULATORIO		
	1° nivel	II-1	Consultorio de especialidad (es) clínico – quirúrgico médico u odontológico
	2° nivel	II-2	Centro de especialidad
		II-3	Centro clínico- quirúrgico ambulatorio (Hospital del Día)
	HOSPITALARIO		
	3° nivel	II-4	Hospital Básico
	4° nivel	II-5	Hospital General
Tercer nivel de atención	AMBULATORIO		
	1° nivel	III-1	Centros especializados
	HOSPITALARIO		
	2° nivel	III-2	Hospital especializado
	3° nivel	III-3	H. de Especialidades
Cuarto nivel de atención	1° nivel	IV-1	Centro de experimentación por registro clínico
	2° nivel	IV-2	Centro de alta Subespecialidad

Nivel de Atención Prehospitalario	1° nivel	APH-1	Unidad de atención Prehospitalaria de transporte y soporte vital básico
	2° nivel	APH-2	Unidad de atención Prehospitalaria de transporte y soporte vital avanzado
	3° nivel	APH-3	Unidad de atención Prehospitalaria de transporte y soporte vital especializado

Elaborado por: Equipo SGS

Los establecimientos descritos, 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 7

ESTABLECIMIENTO	CARACTERISTICA	CATEGORIA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
Centro de Diagnostico Integral	CDI general	CDI-1
	CDI mediana complejidad	CDI-2
	CDI de alta complejidad	CDI-3

Tabla 8

ESTABLECIMIENTO	CARACTERISTICA	CATEGORIA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
CENTRO DE RAHABILITACION INTEGRAL	CRI general	CRI-1
	CRI mediana complejidad	CRI-2
	CRI de alta complejidad	CRI-3

Tabla 9

ESTABLECIMIENTO	CARACTERISTICA	CATEGORIA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
Laboratorio Clínico	Laboratorio de diagnóstico clínico general o de baja complejidad	L-1
	Laboratorio de diagnóstico clínico especializado: de mediana complejidad L-2A y alta complejidad L-2B	L-2A; L-2B

Tabla 10

ESTABLECIMIENTO	CARACTERISTICA	CATEGORIA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
	I-1 Establecimiento de imágenes básico	I-1
	I-2 Establecimiento de imágenes con intervencionismo diagnóstico especializado	I-2
	I-3 Establecimiento de imágenes de alta complejidad	I-3

Tabla 11

ESTABLECIMIENTO	CARACTERISTICA	CATEGORIA DE ESTABLECI. DE SALUD
Laboratorio Fisiológico dinámico	Cardiovascular	F-1
	Musculo esquelético	F-2
	Neurofisiológico	F-3
	Metabólico	F-4

5.2.2. Organización de los equipos de atención integral de salud

Los Equipos de atención Integral de Salud constituyen el eje fundamental de la implementación del MAIS, constituyen el conjunto de recursos profesionales de atención y gestión que permiten cumplir con los objetivos y metas.

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

de los resultados.

Factores que influyen en la conformación del equipo:

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

En el primer nivel de atención, la composición de los equipos de atención integral de salud deben ajustarse a las características concretas del sistema y la comunidad que atiende. Por tanto, no existen modelos universales que permitan describir una composición válida para todos los lugares y contextos sociales. Es necesario que asuman objetivos comunes y que se establezcan entre ellos vínculos funcionales que posibiliten un desarrollo armónico y un conjunto de tareas, basándose en la división funcional del trabajo y de las responsabilidades compartidas de acuerdo a la capacitación técnica de los profesionales de salud que lo integran, en lugar de basarse en una línea jerárquica vertical. (cita Normatización de Talento Humano).

La composición de los equipos varía en los diferentes países de la región. En países como Brasil, Costa Rica y Cuba se han visto experiencias exitosas de la aplicación del EAIS en la prestación de los servicios de salud.

Es así que para el sistema de salud ecuatoriano se ha definido los siguientes estándares:

- A nivel urbano: Un médico/a, una enfermera/o y un TAPS por cada 4000 habitantes
- A nivel rural: Un médico/a, una enfermera/o y un TAPS por cada 1500 a 2000 habitantes

Cada equipo tiene la responsabilidad de garantizar la atención integral de las familias asignadas y de cada uno de sus integrantes a través de la aplicación de la ficha familiar, la identificación de riesgos y necesidades de salud, la implementación y seguimiento de planes de intervención, garantizar la continuidad de la atención a través de la referencia-contrareferencia.

El equipo de atención integral de salud ampliado está constituido por los profesionales establecidos de acuerdo a la tipología de unidades y la cartera de servicios.

5.2.3. Organización y funcionamiento de la Red Pública Integral de Salud y Complementaria

Las redes integradas de salud implican la articulación complementaria de instituciones y personas con el objetivo de garantizar el acceso universal de la población a servicios de salud, optimizando la organización y gestión en todos los niveles del sistema, para lograr calidad, eficiencia y oportunidad en los servicios de salud, articulándose

funcionalmente con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.

Las Redes Integradas de Servicios de Salud deben cumplir los siguientes atributos esenciales (1):

- 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.
- 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 organización de redes de salud comprende la articulación de las unidades y servicios de salud de la Red Pública y Complementaria en Salud, se enmarca en la nueva tipología de unidades de salud establecida por la Autoridad Sanitaria Nacional y se orienta a acercar los servicios de salud a la población, garantizar el derecho de todas las personas a servicios oportunos, de excelencia, la continuidad de la atención y mejorar la planificación y gestión de los servicios en función del logro de indicadores de impacto social.

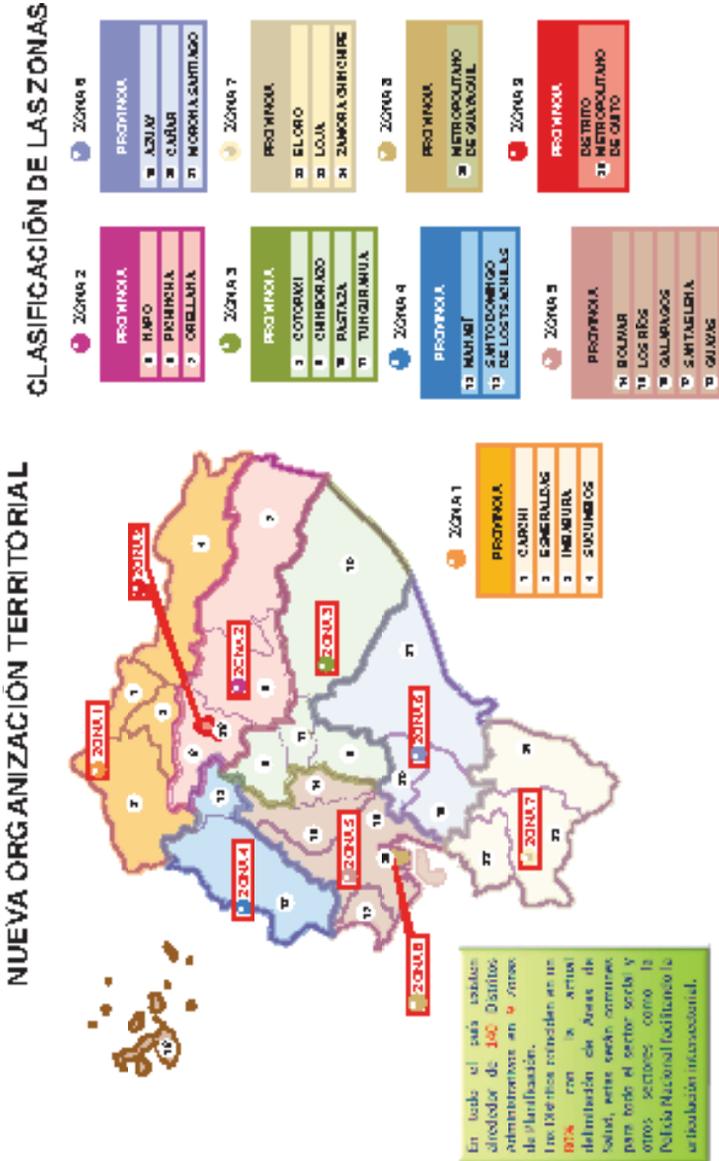
Para la articulación y funcionamiento de la Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria es necesario considerar los siguientes aspectos:

5.2.4. La articulación territorial de la red pública y complementaria de salud en zonas, distritos y circuitos

La estructuración de las redes y micro redes territoriales de salud, responde a la nueva organización territorial desconcentrada y descentralizada que se está implementando en el país, para la planificación territorial y la gestión de los servicios públicos, que establece 9 zonas de planificación, 140 distritos y 1134 circuitos.

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

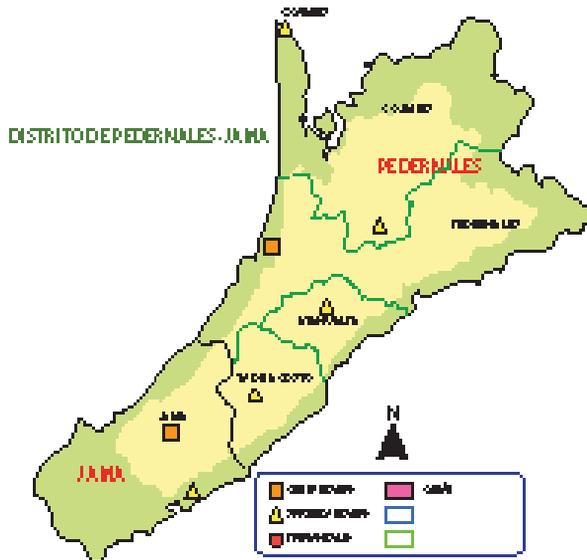
Ilustración 8 Zonas de Planificación



Elaborado por: Equipo SEPPS

Las Coordinaciones Zonales y las Direcciones Distritales de Salud, se encargan de articular e implementar gerencialmente la Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria en su territorio de influencia, para brindar atención de salud integral, de calidad, eficiencia y equidad que permita contribuir al buen vivir de la población.

- **La organización territorial de la Red Pública Integral de Salud en el Distrito implica:**
 - Implementación progresiva de los estándares establecidos por la ASN en la normativa de planificación territorial de las unidades de salud (Anexo)
 - Definir las áreas geográficas y población asignada para lo cual se debe sectorizar y adscribir a la población a la unidad de salud más cercana
 - La adscripción: constituye una estrategia para acercar los servicios de salud a la población y ordenar a nivel territorial la provisión de los servicios, fortaleciendo el primer nivel de atención como la puerta de entrada a la red de servicios de salud. La adscripción permite también garantizar el acceso oportuno y continuidad de la atención y de ser necesario referir a los usuarios a un nivel de mayor complejidad de una forma ordenada, con el fin de resolver su problema de salud.



5.2.5 Organización funcional de la Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria

La Red Pública Integral de Salud (RPIS) está conformada por: el Ministerio de Salud Pública (MSP), Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social-IESS (Seguro General de Salud Individual y Familiar, Seguro Social Campesino, Seguro de Riesgos del Trabajo),

Fuerzas Armadas-ISSFA y Policía Nacional-ISSPOL, como lo dispone el artículo 360²⁸ de la Constitución, a esta red debe articularse las Unidades de Atención de la Dirección de Rehabilitación Social.

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

La red implica una lógica de interconexión que con sus potencialidades y debilidades se articulan en torno a objetivos comunes y acuerdos (cita IESS)

La estructuración y funcionamiento de la RPIS se orienta a superar la fragmentación y segmentación actual del sistema de salud, ampliar la cobertura, organizar y homogenizar el acceso a servicios de salud de calidad a partir de el establecimiento de normas y procedimientos para su funcionamiento.

La estrategia de articulación de la red se basa en el desarrollo y fortalecimiento de sistemas integrales e integrados de servicios de salud basados en la APS-R que implementan el MAIS fortaleciendo la participación social, la intersectorialidad, la coordinación de fuentes financieras, la integración de los diferentes niveles de complejidad a través de la referencia-contrareferencia y garantizando la continuidad y calidad de la atención (Manual Operativo AUS. Anexo Redes.SODEM, 2006)

Para la articulación y funcionamiento de la Red Pública Integral de Salud como núcleo estratégico del SNS y como apoyo la red complementaria, se considera los siguientes aspectos:

- Conformación y funcionamiento permanente de la **Comisión Técnica Interinstitucional** integrada por delegados oficiales del MSP, IESS, FFAA y Policía Nacional.

La gestión de la Red Pública Integral de Salud estará liderada por el MSP como Autoridad Sanitaria Nacional y la Comisión Interinstitucional en el nivel nacional. Se conformará comisiones interinstitucionales desconcentradas a nivel zonal y distrital.

- **Población y territorio a cargo definidos:** definir la zona/territorio con población adscrita, a través de la sectorización y adscripción de la población a la unidad de salud de la red pública integral más cercana.
- **Adecuación de la oferta y demanda:** para ello la oferta de servicios a nivel territorial debe responder a las necesidades de la población para lo cual es necesario contar con información actualizada sobre las condiciones de salud y sobre las características de la oferta de las instituciones de la red pública y complementaria.

Las zonas, provincias y distritos conformarán las redes y micro redes territoriales, para su articulación se requiere establecer las características de la oferta de las instituciones públicas y privadas en su territorio, considerando criterios como capacidad resolutive, accesibilidad, isócrona, cartera de servicios, tipología de las unidades de acuerdo a la normativa del MSP y las características de la demanda considerando criterios como población, perfil epidemiológico, percepciones sobre necesidades de salud y atención.

²⁸ ART 360 de la constitución:

El MSP ha desarrollado un sistema geo referenciado de la oferta de servicios a nivel nacional – Geo - Salud

- **Homologación de la Tipología de los establecimientos de salud del SNS:** la Comisión Interinstitucional de la RPIS con la Dirección Nacional de Normatización del MSP consensuaron los estándares y tipología de las unidades para cada nivel de atención de acuerdo al nivel de complejidad y capacidad resolutive. (Acuerdo Ministerial No.1203)
- Implementar el **proceso de licenciamiento** de las unidades de la RPIS y Red Complementaria de acuerdo a la normativa de la ASN.
- **Conjunto de prestaciones:** el conjunto de prestaciones es una relación ordenada en que se incluyen y describen el conjunto de derechos concretos, explícitamente definidos, en términos de servicios, tecnologías o pares de estados necesidad-tratamiento, que el sistema de salud se compromete a proveer a una colectividad, garantizando su acceso independientemente de su capacidad financiera y situación laboral.

El MSP en coordinación con la Comisión Interinstitucional de la RPIS, considerando criterios como el perfil epidemiológico, pertinencia y evitabilidad, ha definido un conjunto de condiciones de salud y servicios integrales e integrados (promoción de la salud, prevención, curación, rehabilitación) que responden a la demanda de la población y que se orientan a garantizar los derechos de atención y cuidado de la salud.²⁹ Las prestaciones corresponden a condiciones de salud y están codificadas con el CIE10, y el CIAP. Incorporan prestaciones individuales, acciones de salud pública y acciones intersectoriales.³⁰

La prestación de servicios de salud debe enmarcarse en los lineamientos del Modelo de Atención Integral de Salud, centrada en la persona, la familia y la comunidad e incorporar el enfoque de derechos, de género, intercultural e intergeneracional.

- **Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención como puerta de entrada obligatoria al sistema,** para lo cual se ha implementado el proceso de adscripción. El primer nivel debe contar con una base de datos con el registro de usuarios a nivel individual y familiar.

²⁹ El propósito central de un CPS consiste en contribuir a la transformación de un derecho declamado a la salud, con los ciudadanos como destinatarios, en un derecho objetivable a unas determinadas acciones de promoción de la salud, prevención de problemas y enfermedades, atención durante episodios de enfermedad y rehabilitación en formas adecuadas y tiempos oportunos. Este cometido se logra mediante la garantía por parte del CPS de suficiencia operativa y financiera dada por su adecuación a los recursos disponibles, niveles adecuados de efectividad y eficiencia de las prestaciones, mejoras en la equidad de acceso a todas las fases de la atención y seguridad jurídica por establecer claramente el derecho a determinados servicios.

³⁰ Las acciones o prestaciones de administración individual son aquellas que se indican y se realizan frente a una condición o problema de salud que presenta un individuo y puede proporcionarse en diferente nivel de atención. Las acciones de salud pública son aquellas que se desarrollan en forma colectiva, tales como la inmunización o acciones de saneamiento ambiental. Tienen como objetivo prevenir o modificar estados de salud determinados por condicionantes colectivos. Las acciones intersectoriales son aquellas en las cuales se requiere la concurrencia de sectores distintos al de atención de la salud para la acción conjunta.

El primer nivel de atención debe tener un carácter multidisciplinario, abarca a toda la población y se articula en el territorio a los otros sectores con el fin de intervenir sobre los determinantes de la salud y contribuir al desarrollo integral del territorio y el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

Fortalecimiento de la **Red de referencia-contrareferencia** que permita la continuidad en las prestaciones, para su implementación y funcionamiento el MSP ha desarrollado el Sistema de Referencia – Contrareferencia.

- **Organización e implementación del Sistema de Atención Pre hospitalario:** es un nivel de atención autónomo e independiente de los servicios de salud que oferta atención desde que se comunica un evento que amenaza a la salud, en cualquier lugar donde esto ocurra, hasta que los pacientes sean admitidos en la unidad de emergencia, u otro establecimiento de salud de la red pública integral, cuya capacidad resolutive sea la adecuada.
- **Definición e implementación de protocolos terapéuticos y guías de manejo clínico:** la ASN ha definido los protocolos terapéuticos y guías de manejo clínico que son de cumplimiento obligatorio para todas las unidades de la RPIS y complementaria. Se clasifican por ciclos de vida y niveles de atención y han sido validados por la Comisión de la RPIS y sociedades científicas del país. El control de su cumplimiento lo realizará la Autoridad Sanitaria.

- **Implementación del Tarifario para el sistema nacional de salud³¹**

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

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

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

Para el pago entre las instituciones del sector público se realizará a través de cruce de cuentas para lo cual se requiere la implementación del planillaje/facturación.

La implementación del tarifario se sustenta en la siguiente normativa:

- Convenio Marco Interinstitucional entre el Ministerio de Salud Pública, Ministerio del Interior, Ministerio de Defensa, Instituto Ecuatoriano de la Seguridad Social, Instituto de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas e Instituto de la Seguridad Social de la Policía Nacional para integrar la Red Pública Integral de Salud.
- MSP. Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud. Registro Oficial no. 289.

³¹ Los direccionamientos son dados por el MSP y serán aplicados en todo el Sistema de Salud del PAIS

- Instructivo RPIS-001. Para la Viabilidad de la Atención en Salud de las instituciones de la RPIS y en la red privada (complementaria) de prestadores de servicios de salud.
- Contar con **Talento Humano** suficiente, competente, comprometido y valorado por la red; La calidad de la atención será apoyada por una formación continua del talento humano de las instituciones participantes sobre la normativa y herramientas para el funcionamiento de la red.
- Implementar un **sistema de información integrado** que vincula a todos los miembros de la red;
- Un **sistema de seguimiento y evaluación** del funcionamiento de la red que involucre a sus participantes: usuarios, proveedores, financiadores garantizando transparencia y procesos de rendición de cuentas.
- Implementar **estrategias comunicacionales** que permitan a los usuarios y usuarias contar con información sobre el funcionamiento de la red, los servicios que presta, los mecanismos de acceso.
- Contar con el licenciamiento de las unidades de salud por parte del MSP

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

5.3. COMPONENTE DE GESTIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

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

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

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

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

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

Gestión basada en la metodología de Gobierno por Resultados (GPR)

La Presidencia de la República establece a través del Acuerdo Presidencial 1002 de la Norma técnica de Implementación y operación de la Metodología de Gobierno por Resultados (GPR) que es de cumplimiento obligatorio para las instituciones de la Administración Pública Central e instituciones de la Gestión Ejecutiva.

Esta metodología se orienta a una lograr una gestión pública de calidad, orientada a resultados, centrada en los ciudadanos, y se fundamenta en los principios de la Administración Pública establecidos en la Constitución de la República, así como dar transparencia y continuidad a la gestión de las instituciones públicas mediante la definición, seguimiento y actualización de planes estratégicos, planes operativos, riesgos, proyectos y procesos.

Los lineamientos de gestión para la implementación del MAIS se orientan a garantizar la generación de respuestas frente a las necesidades y problemas de salud de la población y sus determinantes, la sostenibilidad y sustentabilidad del MAIS y el logro de resultados de impacto social.

La gestión implica la coordinación y concertación con los actores institucionales y comunitarios a nivel territorial para la construcción participativa de los planes de intervención, el establecimiento de compromisos de gestión y un proceso sistemático de monitoreo y evaluación.

La gestión sanitaria es desconcentrada y por resultados. Desconcentrada por la transferencia de competencias del nivel central a los niveles zonales y distritales y por resultados orientados a la obtención de resultados de impacto social.

- 5.3.1 Herramientas de diagnóstico y monitoreo de las condiciones de salud: Análisis Integral de Salud - ASIS, diagnóstico dinámico, mapa parlante y sala situacional
- 5.3.2 Planificación estratégica y programación
- 5.3.3 Gestión y desarrollo del Talento Humano de acuerdo a la normativa nacional.
- 5.3.4 Gestión de infraestructura, equipamiento y medicamentos de acuerdo a los estándares definidos por la Autoridad Sanitaria Nacional y el cuadro de medicamentos básico
- 5.3.5 Sistema Único Integrado de Información y Telecomunicaciones
- 5.3.6 Sistema de control de la garantía de la calidad
- 5.3.7 Monitoreo y Evaluación - Supervisión
- 5.3.8 Organización y responsabilidades de los equipos de gestión

5.3.1. Herramientas de diagnóstico y monitoreo de las condiciones de salud: Diagnóstico de salud, Análisis situacional de Salud-ASIS

El ASIS es una herramienta metodológica para el diagnóstico y análisis de la situación de salud de la población de un determinado espacio territorial en un momento dado. Anexo 5: ASIS, mapa parlante, sala situacional.

La OPS define al ASIS como los “Procesos analítico-sintéticos que abarcan diversos tipos de análisis. Los ASIS permiten caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud, así como

sus determinantes, sean éstos competencia del sector salud o de otros sectores. Los ASIS facilitan también la identificación de necesidades y prioridades en salud, así como la identificación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto en salud.” (OPS, 1999)³²

La elaboración del ASIS tiene diferentes momentos: el diagnóstico a través de la recolección de información cuantitativa y cualitativa sobre las condiciones sociales, de salud y de la oferta de servicios de salud identificando problemas y potencialidades, el análisis de actores y de manera participativa se realiza la priorización y análisis de los problemas y necesidades que se constituyen en la base de la planificación de las intervenciones de salud. La participación de los actores locales es fundamental para la elaboración del ASIS.

Diagnóstico dinámico: el diagnóstico dinámico se orienta a la actualización periódica de la situación inicial e identificar oportunamente a los individuos y familias con posibles y potenciales riesgos, a los cuales mediante una planificación adecuada, se implementarán acciones o intervenciones oportunas.

La información del diagnóstico dinámico se obtiene de las fichas familiares de seguimiento, la información recogida por los TAPS y los registros de atención de los establecimientos de Salud.

Mapa parlante: Los mapas parlantes son instrumentos técnicos y metodológicos, que permiten conocer en forma gráfica el proceso vivido por los actores locales, los factores de riesgo y protección: sanitario ambiental, socioeconómico y biológico. El mapa parlante es también una herramienta dinámica que permite identificar los riesgos, implementar acciones y monitorear las condiciones de salud de una población.

Sala situacional: Es un espacio, virtual y matricial, de convergencia en donde se conjugan diferentes saberes para la identificación y estudio de situaciones de salud, el análisis de los factores que los determinan, las soluciones más viables y factibles de acuerdo con el contexto local y el monitoreo y evaluación de los resultados obtenidos después de la aplicación de las decisiones tomadas. La información es difundida y presentada en diferentes formatos como tablas, gráficos, mapas, documentos técnicos, informes, etc.

La sala situacional supera el quehacer tradicional de la epidemiología aplicada a los servicios de salud y se convierte en el instrumento idóneo para realizar la vigilancia de salud pública y que favorece la toma de decisiones en la búsqueda de una nueva realidad o una nueva situación

5.3.2. Planificación estratégica participativa y programación operativa

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

Deben ser procesos que involucren a los actores institucionales y comunitarios en la identificación de problemas y necesidades, basada en información (ASIS y sistema

³² Citado en Curso de Gestión Local. Unidad Modular 9. Caja Costarricense de Seguro Social Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud, y Seguridad Social (CENDEISS), Proyecto Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud. Universidad de Costa Rica. Vicerrectoría de Acción Social Facultad de Medicina. Escuela de Salud Pública

de información integrado), con enfoque intersectorial, sustentada en consensos y compromisos para el logro de metas y resultados.

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

La SENPLADES, en el marco de la metodología de Gobierno por Resultados, ha definido las directrices y herramientas de planificación para las instituciones públicas con el objetivo de estandarizar las metodologías, articular la gestión gubernamental en función del logro de resultados de impacto social y contar con un sistema de seguimiento y monitoreo sistemático de resultados, que permita articular las intervenciones en función del Plan Nacional para el Buen Vivir. Las herramientas de planificación son: PAPP, Matriz de Marco lógico de Proyectos Plurianuales y Anual.³³

La programación operativa permite la organización sistemática y ordenada de actividades y recursos en función del cumplimiento de objetivos y metas del plan, en tiempos definidos.

Estas herramientas serán elaboradas en los distintos niveles según normativa del MSP dadas por la Coordinación Nacional de Planificación del MSP.³⁴

5.3.3. Gestión y Desarrollo del Talento Humano

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

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

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

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

³³ Utilizar matrices de SENPLADES

³⁴ Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social-IESS. Anexo Resolución No. C.D.308. Guía de Reorientación de los Servicios de Salud de la Seguridad Social en Red Plural. 1910

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

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

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

La gestión de infraestructura, equipamiento y medicamentos se rige bajo la normativa establecida por el MSP: normativa para la Planificación Territorial de establecimientos de salud y Acuerdo Ministerial de Licenciamiento, define de acuerdo a las necesidades nacionales el plan y estándares para la dotación de nueva infraestructura, mantenimiento correctivo y preventivo de la existente, equipamiento y su mantenimiento correctivo y preventivo y el cuadro de medicamentos básicos, el sistema de distribución financiera que asegure la disponibilidad oportuna de insumos y medicamentos.

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

5.3.5. Sistema Único Integral e Integrado de Información y Telecomunicaciones

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

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

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

El sistema tiene varios módulos o componentes:

- Sistema de Atención Individual a Usuarios (citas, triage, historia clínica única

electrónica y ficha familiar, referencia-contrareferencias, farmacia-receta electrónica, laboratorio e Imagenología, estadística) para la atención ambulatoria y hospitalaria;

- Sistema de gestión administrativa (información de los diferentes sistemas de gestión y planificación).
- Sistema epidemiológico de notificación y alertas.

El Sistema Común de Información del Sistema Nacional de Salud constituye el principal medio para registrar y enviar la información de la producción tanto intramural y extramural del sector público y privado, para lo cual se utilizarán los formularios 504 y 505 que son el parte diario y los concentrados mensuales que estarán en forma digital.

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

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

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

5.3.6. Sistema de Control de Garantía de la Calidad

Tanto la Red Pública e Integral de Salud, como la Complementaria deberán garantizar las normas y procedimientos de atención y gestión definidos por el MSP. El sistema de control de garantía de la calidad incluye:^{35,36}

1. Gerencia estratégica, de proceso y de calidad de los establecimientos de salud, que comprende la organización efectiva y eficiente para mejorar la calidad y eficiencia de las prestaciones integrales de salud con criterios de calidez y costo-efectividad.
2. Definición de perfiles para cargos técnicos y de gestión de los servicios de salud, implementación de concursos de oposición y merecimientos y el registro de profesionales a través de un proceso de certificación y recertificación.
3. Levantamiento de procesos para la gestión de los servicios de salud y de apoyo administrativo
4. La formulación y revisión periódica de guías de práctica clínica y terapéutica basada en evidencia científica.

³⁵ MSP. Estatuto Orgánico de Gestión por Procesos del Ministerio de Salud Pública, 2011

³⁶ Políticas: 3.1 Promover prácticas de vida saludable en la población. 3.2 Fortalecer la prevención, el control y la vigilancia de la enfermedad, y el desarrollo de capacidades para describir, prevenir y controlar la morbilidad. 3.3 Garantizar la atención integral de salud por ciclos de vida, oportuna y sin costo para las y los usuarios, con calidad, calidez y equidad. 3.4 Brindar atención integral a las mujeres y a los grupos de atención prioritaria, con enfoque de género, generacional, familiar, comunitario e intercultural. 3.5 Reconocer, respetar y promover las prácticas de medicina ancestral y alternativa y el uso de sus conocimientos, medicamentos e instrumentos". Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013.

5. Implementación de Auditoría Integral en Salud.
6. Procesos de licenciamiento, certificación, acreditación de las unidades de la red pública e integrada.
7. Control de calidad de insumos y productos farmacéuticos.
8. Un sistema de capacitación continua en gestión y gerencia de los servicios de salud y de gestión clínica.
9. Sistema de fármaco vigilancia
10. Implementación de mecanismos para la veeduría y control social de la gestión y atención de los establecimientos de salud.

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

5.3.7. Monitoreo, Evaluación y Supervisión Integral

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

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

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

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

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

La evaluación participativa implica que la institución genere mecanismos adecuados para que la comunidad acceda a información suficiente y oportuna y toma de decisiones en la planificación, gestión, monitoreo, evaluación y control social. Todos los niveles

deben implementar procesos anuales de rendición de cuentas. Anexo 6 guía de supervisión para equipos de salud

5.4. COMPONENTE DE FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

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

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

Los elementos para el desarrollo de este componente serán.

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

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

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

- **Definición de la forma de asignación de recursos**

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

El país está dentro de un proceso de Transformación Democrática cuyo objetivo es llegar a un “profundo rediseño institucional del Estado en la búsqueda de su rol regulador y planificador, la modernización de las empresas públicas y los sectores estratégicos, la modernización del servicio civil, la profesionalización de la función pública y la reorganización territorial del Estado”.³⁷

Como se indicó en el componente de Gestión, el Ministerio de Salud Pública es considerado una Institución de Tipología 2 es decir altamente desconcentrada con baja descentralización, propendiendo entonces generar competencias desconcentradas a nivel regional, distrital y local, surgiendo de igual manera dinámicas propias de cada

³⁷ http://www.senplades.gov.ec/index.php?option=com_content&view=article&id=17:reforma-democratica-y-gestion-publica&catid=24:reforma-democratica-del-estado&Itemid=39

sector que permitan la prestación de servicios públicos desde el nivel local a través de distritos administrativos.³⁸

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

Criterios de Población:

- **Territorial:**

- Densidad poblacional
- Grado de dispersión de la población
- Vías de acceso disponibles (fluviales, terrestres, aéreas).

- **Estructura Demográfica:**

- Pirámide poblacional: niños, niñas, adolescentes, adulto mayor etc.

- **Nivel socioeconómico:**

- Población pobre enfatizando parroquias, cantones bajo la línea de pobreza.

- **Características Culturales:**

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

Criterios de necesidades de salud

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

Definición de los mecanismos de pago

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

5.5. Resultados de Impacto Social

El Modelo de Salud se debe a nuevos retos, éstos son alcanzar y demostrar que con la gestión y atención brindada se puede alcanzar resultados de Impacto Social en sus zonas de responsabilidad.

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

³⁸ Esquema metodológico para la Revisión de matriz de Competencias y modelos de Gestión, Subsecretaría de reforma Democrática del estado e Innovación de la gestión Pública, SENPLADES, 2009.

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

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

Estos resultados deberán estar alineados a los objetivos 1, 2, 3, 7, 9 y 12 del Plan Nacional de Desarrollo 2009-2013³⁹ y deberán estar claramente asumidas e interiorizadas por los equipos de salud ya que esto dará la lógica a su trabajo.

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

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

Tabla 10
Metas del Plan Nacional del Buen Vivir 2009 - 2013⁴⁰

<ul style="list-style-type: none"> • Disminuir en 35% la mortalidad materna al 2013 • Reducir en 25% el embarazo adolescente al 2013 • Aumentar al 70% la cobertura de parto institucional público al 2013
<ul style="list-style-type: none"> • Reducir en un 35% la mortalidad neonatal precoz al 2013 • Disminuir al 3,9% el bajo peso al nacer en niños y niñas al 2013 (OBJ. 2)
<ul style="list-style-type: none"> • Reducir a la tercera parte la tasa de mortalidad por enfermedades causadas por mala calidad del agua al 2013
<ul style="list-style-type: none"> • Reducir en un 18% la tasa de mortalidad por neumonía o influenza al 2013
<ul style="list-style-type: none"> • Reducir en un 25% la tasa de mortalidad por SIDA al 2013
<ul style="list-style-type: none"> • Reducir al 2% la tasa de mortalidad por tuberculosis al 2013 • Erradicar la incidencia de tuberculosis en las cárceles al 2013. (OBJ. 9)

³⁹ Objetivos: 1. Auspiciar la igualdad, cohesión e integración social y territorial en la diversidad; 2. Mejorar las capacidades y potencialidades de la ciudadanía; 3. Mejorar la calidad de vida de la población; 7. Construir y fortalecer espacios públicos, interculturales y de encuentro común; 9. Garantizar la vigencia de los derechos y la justicia; 12. Construir un estado democrático para el buen vivir. Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013.

⁴⁰ MSP. Adaptación de la tabla 9 Metas de los Objetivos del Milenio y enfermedades priorizadas. Boletín Epidemiológico Vol. 6 N53 Ecuador 2009

<ul style="list-style-type: none"> • Disminuir a 4 la razón de letalidad del dengue hemorrágico al 2013. • Reducir la incidencia de paludismo en un 40% al 2013
<ul style="list-style-type: none"> • Reducir en un 45% la desnutrición crónica al 2013 (OBJ. 2) • Reducir al 5% la obesidad en escolares al 2013. • Garantizar un consumo kilo calórico diario de proteínas mínimo de 260 Kcal. /día al 2013. (OBJ. 2) • Aumentar a 4 meses la duración promedio de lactancia materna exclusiva al 2013 (OBJ. 1)
<ul style="list-style-type: none"> • Triplicar el porcentaje de la población que realiza actividad física más de 3.5 horas a la semana al 2013.
<ul style="list-style-type: none"> • Reducción de la muerte por causas oncológicas a través de la detección oportuna
<ul style="list-style-type: none"> • Revertir la tendencia creciente de los delitos hasta alcanzar el 23% al 2013. • Disminuir la tasa de homicidios en un 50% al 2013. . (OBJ. 7) • Reducir la violencia contra las mujeres: (OBJ 9) <ul style="list-style-type: none"> • 8% Física • 5% Psicológica • 2% Sexual
<ul style="list-style-type: none"> • Disminuir en un 20% la mortalidad por accidentes de tránsito al 2013. (OBJ. 7)
<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar al menos a 7 la percepción de calidad de los servicios públicos (OBJ 12) • Aumentar a 7 la calificación del funcionamiento de los servicios de Salud Pública al 2013 • Disminuir en un 33% el porcentaje de hogares que viven en hacinamiento al 2013 • Alcanzar el 80% de las viviendas con acceso a servicios de saneamiento al 2013. • Disminuir a 35% el porcentaje de hogares que habitan en viviendas con características físicas inadecuadas al 2013. • Disminuir a 60% el porcentaje de viviendas con déficit habitacional cualitativo al 2013. • Aumentar a 7 la calidad del servicio de la Policía Nacional según los usuarios al 2013
<ul style="list-style-type: none"> • Alcanzar el 40% en la tasa de ocupación plena en personas con discapacidad al 2013

Elaborado por: Equipo SGS 2012

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

Capítulo 6

FASES Y HERRAMIENTAS PARA LA IMPLEMENTACION DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL- MAIS-FCI EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

6. FASES Y HERRAMIENTAS PARA LA IMPLEMENTACION DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL-MAIS-FCI EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

El Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural debe implementarse en los tres niveles de atención. En este documento se presenta las fases y herramientas del MAIS-FCI para la implementación en el primer nivel de atención que constituye la puerta de entrada al sistema.

El modelo de atención desarrolla en el primer nivel de atención un proceso planificado y organizado que permite articular cuatro elementos: la DEMANDA en salud de la comunidad, la EXPERIENCIA y el CONOCIMIENTO de la realidad del área geográfica – poblacional, epidemiológica que poseen los equipos de salud, las NORMAS de atención y los PROGRAMAS SOCIALES impulsados por las instituciones gubernamentales, GADS y organizaciones no gubernamentales y de la comunidad.

El primer nivel de atención es definido como el primer nivel de servicios, que constituye el punto de encuentro entre la población y el sistema de salud. Éste se ubica en los Distritos de Salud y es el centro de la red integral y la puerta de entrada al sistema de salud. En consecuencia, la implementación del MAIS requiere de un conjunto de acciones específicas, procesos e instrumentos que al operar coherentemente mejoren la calidad de los servicios, promuevan la participación efectiva de la población sobre las decisiones y acciones que afecten su salud.

Es así que en los Distritos de Salud, los planes locales a ejecutarse por los equipos de salud, deben centrarse en destrezas estratégicas (gestión) y operativas (atención), que se requieren para mantener la coherencia y correspondencia entre la Gestión y Atención del Modelo de Salud, por tanto los planes deben ser concebidos como un proceso continuo que se retroalimenta a sí mismo y se reajusta permanentemente para abordar los problemas que se vayan presentando.

6.1. Lineamientos generales

- Incorporación de la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada
- Fortalecimiento de las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades con enfoque intersectorial.
- Garantizar la continuidad de la atención
- Implementar el sistema de referencia y contrarreferencias de manera efectiva y una red pública articulada.
- Identificación y adaptación de las intervenciones a la realidad epidemiológica, social, económica y cultural del territorio.
- Priorizar las intervenciones en problemas de salud y muertes evitables, en los grupos poblacionales en situación de riesgo y/o vulnerabilidad, considerando las barreras de acceso económicas, geográficas y culturales.
- Incorporar el enfoque comunitario, de género, generacional e intercultural.
- Facilitar la participación de la comunidad y grupos organizados en la planificación, ejecución y control de las actividades de salud.

- Incorporar la Salud Mental Comunitaria en el desarrollo de los planes locales, así como en la organización de los servicios de salud.
- Mejorar la capacidad resolutoria del equipo de salud, a través del fortalecimiento y desarrollo de nuevas destrezas y habilidades.

6.2. Funciones de los servicios de salud en el primer nivel de atención

El Primer Nivel de Atención tiene como objetivo ser reconocido por la población como puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud, y contar con servicios de salud articulados en la Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria para garantizar la continuidad de la atención con los más altos estándares de calidad y excelencia técnica, actuando sobre los problemas de salud y sus determinantes para contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida y salud de la población.

Tiene tres funciones fundamentales:

- **Ser la puerta de entrada al sistema de salud.** Es decir, ser el primer contacto que tiene la población con los servicios. Y para ello se procederá con la adscripción de la población a las unidades de salud más cercana al lugar de vivienda.

La Unidad de Gestión Distrital procederá a asignar una población al establecimiento de salud considerando los siguientes criterios:

- a) Tipología de la unidad
- b) Población de acuerdo al censo 2011 y proyecciones del INEC, de acuerdo al territorio.
- c) Accesibilidad geográfica, económica, cultural, funcional.
- d) Se aplicará el principio de equidad

La unidad de gestión ajustará periódicamente la población asignada con la población real para fines de gestión y atención.

En caso de urgencia o emergencia todas las unidades de salud públicas y privadas independientes del nivel de atención están en la obligación de atender al usuario que demande la atención.

Tomando en cuenta que por contacto se refiere a la interacción entre el servicio de salud y la comunidad, es muy importante dinamizar la participación mediante la articulación con los diferentes actores comunitarios, e instituciones de diferentes sectores.

- **Responsabilidad del cuidado de la salud individual, familiar y de la comunidad:** Prestar servicios de excelencia en promoción, prevención de riesgos y problemas de salud, atención curativa, rehabilitación y cuidados paliativos de acuerdo a la normativa nacional. Incorporar el enfoque de género, intercultural y generacional en las prestaciones y acciones de salud.
- **Síntesis de la información:** Es manejar y registrar la información necesaria los individuos, familia y comunidad respecto a sus necesidades y problemas de salud, para su tratamiento o atención; así como transferir esta información al nivel correspondiente. Utilizando los formularios establecidos por la ASN. La información del usuario debe permanecer en las unidades de primer nivel en la Historia Clínica Única o Fichas Familiares.

6.3. Los equipos de atención integral de salud

- **Conformación de equipos:**

El equipo de salud es definido por la OMS, en 1973, como una asociación no jerarquizada de personas, con diferentes disciplinas profesionales, pero con un objetivo común que es el de proveer en cualquier ámbito a los pacientes y familias la atención más integral de salud posible.

De la Revilla define el equipo de salud como un grupo de profesionales sanitarios y no sanitarios que realizan distintas actividades encaminadas al logro de una elevación de la salud de la comunidad sobre la que actúan.

El equipo está conformado por profesionales y personal administrativo de acuerdo a la normativa de Tipología y Licenciamiento establecidas por la ASN.

El trabajo se coordina con proveedores de medicina ancestral, terapias alternativas o complementarias: parteras, pajuyos, shamanes, acupunturistas, homeópatas, entre otros, de acuerdo a la realidad local.

Todo el personal presente en el primer nivel de atención será responsable de implementar las acciones establecidas en el MAIS.

- **Sectorización geo-poblacional y asignación de EAIS:**

La Dirección de Distrito conjuntamente con la unidad de conducción del distrito, serán quienes conformen y designen los Equipos de Atención Integral de Salud.

Los criterios para la conformación de los EAIS son: un número de población y familias y acceso geográfico, cultural y social.

Las unidades de salud pueden tener varios EAIS de acuerdo al N°. de población que cubren.

Para la definición de la ubicación y número de EAIS se planifica apoyándose con la información de las cartas censales a nivel de circuitos, analizando criterios como acceso geográfico, isócrona, vías, medios de transporte y número de población.

Estos equipos estarán constituidos por: médico/a general o especialista en medicina familiar y comunitaria; enfermero/a y técnico de atención primaria de salud de acuerdo a los siguientes estándares:

- A nivel urbano: 1 médico/a y 1 enfermera/a y 1 TAPS por cada 4000 habitantes.
- A nivel rural: 1 médico/a y 1 enfermera/a y 1 TAPS por cada 1500 a 2500 habitantes

Los EIAS son parte del equipo de los establecimientos de salud y coordinan con otros actores comunitarios de salud, agentes de las medicinas ancestrales y alternativas.

6.4. Modalidades de atención.

Los equipos de atención integral de primer nivel brindarán su atención bajo dos modalidades:

- Atención extramural o comunitaria.
- Atención intramural o en el establecimiento

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:

- Identificación y mapeo de actores
- Formación y/o fortalecimiento de organizaciones locales de salud
- Diagnóstico Situacional Participativo
- Intervenciones sobre los problemas y necesidades de salud.

Diagnóstico integral de la salud de individuos y familias, identificación oportuna de riesgos biológicos, psicológicos, sociales, ambientales e implementación de planes de atención:

- Estas acciones se desarrollarán a través de visitas domiciliarias programadas mensualmente dentro del cronograma de actividades de la unidad operativa y de los EAIS.
- Con el objetivo de garantizar el acceso y la continuidad de la atención se asigna un EAIS a un grupo de familias de acuerdo al estándar establecido por la autoridad sanitaria quienes tienen la responsabilidad de implementar la ficha familiar, identificar riesgos y factores protectores y establecer planes de intervención en conjunto con el resto del equipo de la unidad de salud más cercana. (anexo Guía de visitas familiares y aplicación de la ficha familiar)

Actividades sistemáticas de promoción

- Actividades de promoción de espacios y estilos de vida saludables. Identificar y potenciar factores y condiciones protectoras de la salud
- Coordinación y participación intersectorial para intervenir sobre los determinantes de la salud y contribuir a la formulación e implementación de los planes de desarrollo territorial

Atención a población priorizadas y comunidades alejadas:

- Brigadas de salud: el Equipo de Atención Integral de Salud se movilizarán a poblaciones de difícil acceso llevando, insumos, medicamentos, vacunas, equipamiento móvil entre otros, para desarrollar actividades de atención en morbilidad y prevención, diagnóstico y seguimiento de familias en riesgo, actividades de promoción de la salud y comunitarias. La dirección de distrito realizará la gestión para el apoyo logístico además de que el equipo de salud coordinará y gestionará el apoyo de la comunidad para cumplir esta acción.
- Ferias de la salud: Fundamentalmente se realizará en zonas priorizadas por las unidades operativas, en escuelas colegios, mercados. Se entregará información y atenciones médicas.

- Atención Domiciliaria. Actividades preventivo promocionales y de cuidados médicos y /o de enfermería a individuos a personas que por enfermedad, discapacidad, emergencia, requieran de atención.
- Atención en escuelas, lugares de trabajo de acuerdo a lo especificado en el conjunto de prestaciones.

Identificación de eventos centinela para la ejecución de medidas de control oportunas.

- Sistema de Vigilancia Epidemiológica SIVE-Alerta
- Implementación del Sistema de Vigilancia Comunitaria con participación de la comunidad.

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

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

LA UNIDAD OPERATIVA NO SE CIERRA NUNCA

Para la atención extramural o comunitaria y la atención intramural que tienen que desarrollar los EAIS en el primer nivel de atención, se ha establecido una asignación de tiempo para cada uno de los profesionales y una guía de intervención a nivel individual, familiar y comunitario (anexo)

Asignación de tiempos para los equipos de salud.

La distribución del tiempo busca fundamentalmente asegurar y ordenar el cumplimiento de las actividades extramurales dentro de la aplicación del modelo por cada uno de los miembros de equipo, se ha considerado para ello los siguientes criterios:

- Perfil de cada miembro del equipo
- Tipo de unidad por su ubicación.

Profesional	Unidades Urbanas		Unidades Rurales	
	Intramural	Extramural	Intramural	Extramural
Médico	70%	30%	50%	50%
Psicólogo	50%	50%	30%	70%
Enfermera	50%	50%	40%	60%
Odontólogo	80%	20%	30%	70%
Obstetriz	80%	20%	30%	70%
TAPS	10%	90%	30%	90%

Observaciones:

Bajo ninguna justificación el servicio de salud permanecerá cerrado durante las actividades extramurales por lo que el personal de la unidad deberá turnarse en función de la planificación de la unidad.

Por ningún motivo se disminuirá el tiempo asignado a la actividad extramural establecida, por el contrario se podrá incrementar en los siguientes casos:

- En situaciones de emergencias sanitarias.
- Campañas de vacunación
- Si el equipo de salud no justifica actividades intramurales en función de un análisis de productividad realizado por la dirección del distrito.

El equipo de salud en el marco de la planificación local deberán contar con la participación de la comunidad para las actividades extramurales.

6.5. Campo de acción de los Equipos de salud.

NIVEL EPIDEMIOLOGICO

- Permite construir la base del perfil epidemiológico como herramienta fundamental, para mantener la salud mediante acciones dirigidas a grupos desagregados por género, etnia y por ciclo de vida.

NIVEL DE ENFERMEDAD

- Identifica quién requiere de atención y oportunamente decidir la acción inmediata a realizar: la cual puede ser atenderlo o referirlo a otro nivel.

NIVEL FAMILIAR Y COMUNITARIO

- Explora, identifica y reconoce las inequidades y las desigualdades diferenciales por factores étnicos, culturales, de género y socioeconómicos que inciden en los patrones de enfermedad, discapacidad o muerte en las familias y comunidades, al tiempo que contribuye a la generación de estrategias para el mantenimiento y mejoramiento de la salud respetando su propia cultura, principios, costumbres, creencias y valores.

NIVEL SOCIAL

- Contribuye al desarrollo social de la localidad promoviendo familias sanas que participen activamente en la construcción y conservación de espacios saludables impulsando la solidaridad entre los miembros de la sociedad.

6.6. Otros criterios a ser considerados.

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

Aspectos a ser considerados

- Las Direcciones de los Distritos organizarán y establecerán estrategias de trabajo, que se asegure la permanencia en sus zonas de cobertura para garantizar el cumplimiento de metas y objetivos en los tiempos estipulados.
- El Equipo Integral de Salud laborará en coherencia y correspondencia a la dinámica de la población adscrita, para el efecto la Dirección de Distrito organizará los servicios con el fin de satisfacer las necesidades de la población en relación a horarios, adecuación cultural entre otros.
- Los equipos de salud recibirán por lo menos tres supervisiones al año (capacitación en servicio), estas deben ser integrales, es decir, se supervisará la implementación del Modelo así como la aplicación de las normas de atención. Una primera para realizar el diagnóstico y generar compromisos, una segunda para verificar el cumplimiento de los compromisos y realizar ajustes de ser necesarios y la tercera para evaluar resultados institucionales y de impacto social.
- Se formará a Técnicos de Atención Primaria en Salud-TAPS que apoyarán e integrarán el equipo integral de salud con personas de la comunidad, los mismos que desarrollarán actividades de promoción de la salud, prevención de las enfermedades o complicaciones y notificará al equipo cuando determine un riesgo potencial. Desarrollarán también actividades para el fortalecimiento de la participación comunitaria
- Formación de profesionales de la salud “in situ” en especialistas de Medicina Familiar y Comunitario, con el fin de mejorar su capacidad resolutive en el primer nivel de atención y mejorar las condiciones de salud de la población.
- Las direcciones distritales serán las responsables de planificar y dar todas las facilidades logísticas, materiales, insumos que necesiten los equipos integrales de salud para el desarrollo de sus actividades tanto intramural como extramurales previamente planificadas en el plan operativo de la unidad operativa.
- Todo el personal que conforme el equipo integral de salud deberá tener un perfil óptimo del desempeño que integre actividades de promoción, prevención, curación, rehabilitación, cuidados paliativos, cuya evaluación cuantitativa y cualitativa, deberá corresponder a un contexto en particular. La evaluación del desempeño de los equipos de salud será en función del cumplimiento de resultados de efecto **institucional y resultados de impacto social.**
- Las actividades y metas propuestas deben corresponder con las inscritas en los proyectos locales de salud, que como proceso de corto, mediano y largo plazo deberán contribuir a generar Resultados de Impacto Social.
- La Gestión y facilitación de recursos para las unidades de salud deberán tener en cuenta la tipología, así como el acceso a estas unidades. (priorizar las que se tienen que acceder por vía aérea, fluvial, trochas).
- Se implementará incentivos para los equipos de salud asignados a una localidad de acuerdo a la normativa del MSP que garanticen la permanencia del personal en unidades más lejanas y de difícil acceso.
- De igual manera, se entregarán mecanismos de incentivos de acuerdo a la normativa, como producto de una efectiva gestión distrital, que garantice la permanencia del personal y la sostenibilidad del modelo

- El equipo de atención integral de salud deberá tener habilidades en el plano cultural que le permita complementarse con los recursos humanos de la medicina ancestral y alternativa.

6.7. Productos de los equipo de salud de primer nivel

Los principales productos que se enumeran a continuación deber ser obtenidos por los equipos de salud del primer nivel para alcanzar resultados de impacto institucional e impacto social, por tanto son parámetros para la evaluación de desempeño.

- Organización comunitaria/comité de salud local funcionado y en el que se evidencie planificación, ejecución y evaluación de acciones en salud para controlar problemas prioritarios de la zona de cobertura.
- Comités de usuarios/as, comités o grupos de adultos mayores, diabéticos, juveniles, personas con discapacidad organizados, funcionando con planes de intervención, estos grupos se conformarán de acuerdo a la realidad y prioridades locales.
- Diagnóstico situacional inicial y diagnósticos dinámicos para la priorización de problemas de salud comunitario, familiar e individual.
- Salas situacionales implementadas y actualizadas de manera periódica con participación de la comunidad.
- Planes de salud local formulados de acuerdo a la normativa y herramientas de planificación establecidas por el MSP, informe de implementación, monitoreo y evaluación de los mismos que permitan evidenciar los resultados institucionales y de impacto social.
- Conjunto de prestaciones integrales dirigidas al individuo, familia y comunidad implementadas en la unidad operativa de acuerdo a las normas de atención del MSP. Incluye actividades intra y extramurales.
- Compromisos de gestión.
- Acciones en salud Monitoreadas y Evaluadas.

6.8. Fases y herramientas para la Implementación del MAIS a nivel distrital en los establecimientos del Primer Nivel de Atención

Un momento clave de la implementación del MAIS en el primer nivel de atención es el diagnóstico y el análisis de la situación social y de salud del territorio y su población. Este proceso debe realizarse con la participación de los actores locales para lograr mayor integralidad, objetividad y compromisos para la resolución de los problemas y necesidades.

En este componente se presenta las herramientas metodológicas para:

- Conformación y/o fortalecimiento de la organización comunitaria de salud -Comité local de salud
- Diagnóstico Situacional
- Diagnóstico Dinámico

- Mapa Parlante
- Sala Situacional

6.8.1. Atención Integral a nivel individual, familiar, comunitario y del entorno

La provisión de servicios del MAIS se caracteriza porque la organización se basa en el escenario de atención lo que le permite implementar acciones de promoción de la salud, identificación y prevención de riesgos y enfermedad, atención, rehabilitación y cuidados paliativos de acuerdo a normas y protocolos establecidos por la ASN. Vigilancia e intervención con enfoque intersectorial frente a los determinantes de la salud, promueve acciones de Salud Pública de acuerdo a normas emitidas por la ASN.

1. Organización de los establecimientos de salud para la provisión de atención según paquete de prestaciones **en el escenario individual.**- La entrega de los servicios a la persona en el contexto de su familia se efectuará considerando las necesidades y paquete de prestaciones según el ciclo de vida.

PROCESOS PARA LA ATENCIÓN EN EL ESCENARIO INDIVIDUAL	
La entrega de los servicios al individuo en el contexto de su familia se efectuará considerando las necesidades y paquete de prestaciones según las etapas de ciclo de vida. Para lo cual es importante los siguiente pasos	
CAPTACIÓN	<p>Las personas pueden ser captadas en el establecimiento de salud (consultantes, acompañantes, usuarios de otros servicios y los referidos) o pueden ser captados en la comunidad (a partir de las visitas domiciliarias o a instituciones). Para la captación es necesario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planificar actividades de mercadeo social de los servicios Eje. Ferias de la Salud • Participación de todo el personal de salud, pacientes, agentes comunitarios y otros actores sociales.
ADMISIÓN INTEGRAL	<p>Es un momento clave de la atención, porque adicionalmente a los procesos que habitualmente se desarrollan en ésta, se incorpora la identificación y priorización de necesidades (parcial o completa) de salud individual y familiar, lo cual permite ofertar un Plan de acción. Se realiza:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apertura de historia clínica y reconocimiento de riesgo personal (individual). • Identificación y priorización de necesidades de salud • Derivación a otros servicios según necesidad, se realizará la transferencia, referencia o contrarreferencia según el caso • Sensibilización e información sobre derechos y prestaciones. • Triage. En el caso de niño o gestante, la toma de peso, talla y Presión Arterial se efectuará durante la consulta. Para otros ciclos de vida se evaluará el beneficio y factibilidad del triaje durante la consulta.
ATENCIÓN INTEGRAL	En respuesta al problema de salud, riesgos y necesidades identificadas, se le ofrece un paquete de prestaciones específico, teniendo en cuenta las guías clínicas, normas y protocolos respectivos del MSP

	<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento y monitoreo de personas en el contexto de la familia: Se asegura la continuidad de las acciones hasta completar la oferta del Portafolio de intervención, luego de la identificación y priorización de necesidades. • Se concerta el cumplimiento del Plan de acciones elaborado de acuerdo a las necesidades de la persona identificadas dentro y fuera del Establecimiento de salud. • Se continúa con las acciones familiares, comunitarias y del entorno de ser necesarias.
--	---

2. Organización de los establecimientos de salud para la provisión de atención según paquete de prestaciones en el escenario familiar.- Debemos considerar que la familia es la unidad fundamental del gran sistema social que representa la comunidad, y se encuentra en constante interacción con el medio natural, cultural y social. En el campo de la salud, la familia debe constituirse en la unidad básica de intervención, ya que dado que sus miembros “tienen el compromiso de nutrirse emocional y físicamente compartiendo recursos como tiempo, espacio y dinero”, es en esta unidad donde se debe enfocar la atención para mejorar la salud de la población del país.

PROCESOS PARA LA ATENCIÓN EN EL ESCENARIO FAMILIAR Dentro de los procesos considerados para la atención integral de la familia existen momentos en los que las acciones de promoción de la salud son preponderantes así como también las acciones de prevención.	
PROCESO 1.- Identificación y Captación de la Familia	Proceso por el cual las familias son captadas por el EAIS en los servicios de salud o en la comunidad, identificándolas en la parroquia, sectores o agrupaciones familiares que pertenecen.
	Sub-Procesos más importantes: <ul style="list-style-type: none"> • Planificación • Sectorización • Levantamiento de la ficha familiar • Identificación (criterios de selección de riesgo) • Dispensarización y planes de intervención
PROCESO 2.- Llenado de la ficha Familiar	El llenado debe realizarse en el domicilio, en la agrupación familiar implicando un compromiso de trabajo mutuo entre la familia y el equipo de salud. Se sensibiliza a la familia para el llenado de la ficha familiar.
	Sub-Procesos más importantes en la familia - comunidad: <ul style="list-style-type: none"> • Convocatoria a las agrupaciones familiares y a la comunidad a reuniones específicas para sensibilizar en la importancia del llenado de la ficha familiar. • Visita a las viviendas y/o agrupaciones familiares para llenado de ficha familiar. • Llenado de la ficha familiar

<p>PROCESO 3.- Diagnóstico Básico de Necesidades de Salud</p>	<p>Proceso por el cual se delimita con precisión las prestaciones a recibir por las familias captadas, según sus necesidades de salud, es realizado a partir de la información proveniente de la ficha familiar, y de acuerdo a las características de los sub-grupos de familias, de sus miembros individuales por ciclos de vida, así como los datos de su vivienda y entorno.</p> <p>Sub-Procesos más importantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisión de datos levantados en la ficha familiar • Tipificación de los riesgos • Listado de necesidades de salud identificadas: <ul style="list-style-type: none"> • Individuales • Del grupo familiar • De la vivienda y el entorno • Priorización de las necesidades sobre las cuales se iniciará el trabajo con los instrumentos y metodologías aplicables a cada necesidad, de acuerdo a criterios de dispensarización.
<p>PROCESO 4.- Formulación del Plan de Atención Familiar</p>	<p>Proceso por el cual se formula el portafolio de intervención familiar que contiene las prestaciones específicas para la familia, en función a las necesidades identificadas en el diagnóstico respectivo. Las prestaciones están listadas en el paquete de prestaciones del Modelo de Atención de Salud Familiar comunitario e intercultural.</p> <p>Estos planes tendrán una periodicidad más espaciada o más frecuente en función a riesgo de los miembros individuales y el grupo familiar.</p> <p>Sub-Procesos más importantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisión de necesidades de salud familiar priorizadas • Listado de prestaciones para cubrir las necesidades de salud priorizadas y anotación en la ficha familiar • Programación de la oferta en función a las necesidades, considerando el riesgo familiar inicialmente y complementando con acciones que promuevan comportamientos saludables para el desarrollo integral de la familia posteriormente.
<p>PROCESO 5.- Formulación del Plan de Atención Familiar</p>	<p>Proceso por el cual la familia recibe las prestaciones de acuerdo al plan de atención familiar formulado.</p> <p>Las prestaciones y acciones para la vivienda se realizarán respetando los acuerdos en cuanto a las visitas, incorporando el saneamiento básico, espacios físicos limpios y estructuralmente adecuados y redes de apoyo para lograr ámbitos psicosociales sanos y seguros.</p> <p>Sub-Procesos más importantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Permanente interacción de la programación de la oferta con las familias, acordando fechas de visitas y acciones. • Evaluación de avances en la cobertura de las necesidades de salud abordadas y reajuste de la programación de prestaciones si amerita. • Registro permanente comunitarios de salud capacitados. De las actividades y prestaciones por el equipo de salud o los agentes

PROCESO 6.- Seguimiento y monitoreo de Familias	Proceso por el cual la familia es acompañada hasta que alcanzan criterios preestablecidos para una familia saludable.
	<p>Sub-Procesos más importantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de avances en la oferta para verificar si se ajusta a la programación del portafolio de intervención. • Visita a las familias que no están siguiendo con las prestaciones programadas. • Evaluar adquisición de hábitos saludables de acuerdo a la programación del portafolio. • Evaluación de criterios para ser una familia saludable.

3. Organización de los establecimientos de salud para la provisión de atención según paquete de prestaciones **en el escenario comunitario y entornos** saludables.- Para la construcción social de las estrategias comunitarias en el marco del MAIS-FCI es necesario lineamientos técnicos para la generación de comunidades y entornos saludables a través de guías metodológicas, que contienen mecanismos y herramientas de participación comunitaria

PROCESOS PARA LA ATENCIÓN EN EL ESCENARIO COMUNITARIO	
Entornos saludables:	Para la construcción social de las estrategias comunitarias en el marco del Modelo de Atención Integral de salud Familiar, comunitario e Intercultural; es necesario construir lineamientos técnicos para la generación de comunidades y entornos saludables a través de guías metodológicas, que contienen mecanismos de abogacía, negociación y herramientas de participación comunitaria.
	<p>Las estrategias a trabajar en esta dimensión son las siguientes:</p> <p>Municipios Saludables: Ejecución a cargo de las Direcciones Zonales y Distritales</p> <p>Comunidades Saludables: Ejecución a cargo de las Unidades Operativas y los Equipos Integrales de salud</p> <p>Desarrollo Comunitario: Concertación Local para la Salud (construcción de espacios de diálogo sobre los determinantes de salud y las estrategias a desarrollar) Educación para la Salud y participación social Trabajo con Agentes Comunitarios Escuelas Promotoras de Salud Sistema de Vigilancia Comunitaria en Salud Salud Ambiental Vigilancia y Control de Riesgos</p>
Municipios saludables:	Municipios Saludables es una estrategia que implica el esfuerzo de coordinación entre el sistema de salud y los gobiernos locales para promover entornos saludables a través de la generación de políticas públicas saludables que propicien la participación ciudadana, el bienestar y desarrollo de sus comunidades, de manera que influyan sobre los determinantes de la salud.

	<p>El desarrollo de las acciones contribuye a fortalecer la intersectorialidad, la concertación y la generación de políticas públicas saludables desde el nivel decidor en el nivel regional en concordancia con las políticas de salud, nacionales, regionales y locales. La Dirección Zonal y distrital de salud es quien ejecuta esta estrategia y difunde sus acuerdos a los Establecimientos de Salud involucrados.</p> <p>Los Procesos identificados son: Convocatoria y Sensibilización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación de problemas y necesidades locales • Desarrollo de capacidades locales (talleres de capacitación, análisis de resultados) • Compromiso municipal (firma de actas compromisos) • Capacitación municipal (análisis de resultados) • Municipio calificado o certificado para extensión de compromisos. (firmas de convenios) • Organización (establecer un comité intersectorial, directorio institución se obtiene del mapeo de actores) • Planificación (desarrollo del plan de acción) • Ejecución (trabajar en forma coordinada, promover políticas públicas) • Seguimiento y Evaluación (cronograma de reuniones que permita revisar información en forma periódica, consolidar estrategias, analizar experiencias demostrativas más relevantes)
<p>Comunidades Saludables</p>	<p>Es el desarrollo local, de actividades dirigidas a fomentar el cuidado de la comunidad. Los Procesos identificados son:</p> <p>Desarrollo Comunitario: Fomenta localmente la participación de los ciudadanos, en corresponsabilidad de acciones para los cuidados de la salud. A través de esta estrategia se desarrolla el Plan Local de Salud. Las actividades principales: Conformación de equipos de los Consejos Parroquiales de Salud, con participación de las autoridades e instituciones locales de la comunidad, autoridades del establecimiento de salud y representaciones de la sociedad civil.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de Análisis Comunitario de Salud (utiliza el ASIS) • Elaboración anual del Plan Local de Salud periódica del Riesgo comunal • Elaboración, negociación y ejecución de proyectos • Calificación periódica de comunidades saludables <p>Concertación Local para la Salud: La Concertación Local para la Salud es el espacio de alianzas interinstitucionales e intersectoriales, con la participación activa y organizada de la comunidad, para formular y ejecutar políticas locales para el desarrollo comunitario, el control social, el ejercicio de la ciudadanía y sus derechos.</p> <p>Las actividades principales son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concertación Local e Interinstitucional para la Salud • Plan de Trabajo

	<p>Trabajo con Recursos de la Comunidad</p> <p>Está basado en el trabajo colaborativo de miembros de la comunidad. Requiere que el personal de salud promocióne su organización, los capacite e incorpore a las acciones de salud.</p> <p>La integración de los recursos de la comunidad implica seguimiento y evaluación de los resultados. El trabajo de los recursos de la comunidad puede expresarse de diversas formas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recuperación y aprovechamiento de los conocimientos y capacidades de las comunidades. • Acompañamiento y participación en la elaboración de los diagnósticos y en la planificación de las acciones de salud a desarrollarse. • Colaboración en acciones específicas de las Estrategias Sanitarias (inmunizaciones, seguimiento de casos de tuberculosis, control vectorial, detección de casos de malaria, veedurías, etc), • Manejo de centros de estimulación temprana basada en la comunidad, acompañamiento en las visitas domiciliarias a las familias, etc. <p>El Sistema de Vigilancia Comunal está basado en el trabajo de los recursos de la comunidad, sin embargo, para fines metodológicos su concepto y procesos se desarrollarán en las estrategias de VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA. Revisar el documento de Epidemiología y Diplasede del MSP Ecuador</p> <p>Las actividades a realizar son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selección, capacitación, educación continua, seguimiento de recursos de la comunidad • Implementación con materiales, equipos e insumos
<p>Escuelas Promotoras de la Salud:</p>	<p>Programa de Promoción de la Salud en Centros Educativos. Involucra a alumnos, padres de familia, docentes (comunidad educativa) y personal de salud del centro educativo así como a los servicios de salud y la comunidad, con el fin de incorporar y fortalecer las prácticas de salud de los escolares ecuatorianos.</p> <p>Se considera un Centro Educativo Saludable a la institución educativa que ha alcanzado estándares de mejoramiento en sus ambientes, y cuya comunidad educativa realiza prácticas saludables en su vida cotidiana; por lo que es necesario incorporar el enfoque de promoción de la salud en el Proyecto Educativo Institucional, es decir en la Currícula Educativa. Revisar el documento de Escuelas Saludables del MSP Ecuador.</p>
<p>Salud Ambiental:</p>	<p>Es el desarrollo de actividades dirigidas a fomentar el cuidado del entorno familiar y comunitario con la finalidad de minimizar los riesgos ambientales para proteger la salud de la población. Las actividades a realizar son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilancia periódica de la calidad del agua • Vigilancia periódica de la calidad de los alimentos • Vigilancia periódica de excretas • Vigilancia periódica de residuos sólidos • Vigilancia y control vectorial • Vigilancia periódica de la calidad del aire • Vigilancia periódica de la calidad de los recursos naturales

<p>Vigilancia de Riesgos y Daños</p>	<p>La vigilancia de riesgos y daños está dirigida a identificar riesgos reales y potenciales que afectan a la salud de la población. Las actividades a realizar son: Revisar documentos de Salud ambiental del MSP Ecuador.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar y reportar en forma oportuna las enfermedades epidemiológicas de notificación obligatoria y factores de riesgo • Vigilancia Comunitaria en Salud • Vigilancia de problemas sociales (alcoholismo, violencia, drogadicción) • Vigilancia y seguimiento a personas con discapacidad • Vigilancia de micronutrientes • Elaboración de Planes de emergencia con la participación de la población y autoridades locales. • Atención de brotes
<p>Bienestar y Salud a través de la Interculturalidad</p>	<p>El objetivo fundamental es revalorar la cultura andina respecto a las creencias, procedimientos y uso de recursos naturales en el cuidado de la salud orientando todo su accionar hacia el SUMAK KAWSAY.</p> <p>Para ello se debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementar un nuevo modelo de atención en salud que considera las características sociales y culturales de la población que se pretende atender, con características muy profundas y especiales, la mayoría de la población explica sus procesos de salud/enfermedad a – varios niveles, esta forma de ver el mundo ha sido heredada desde tiempos antiguos. • Si bien la medicina tradicional no solo tiene que ver con el uso de plantas, es en este campo en donde podemos identificar una área de interrelación con la medicina occidental para el control y tratamiento de enfermedades prevalentes en la zona, planteamos algunas acciones tendientes a implementar estas actividades. • Promover el uso del conocimiento de las principales plantas medicinales existentes en la zona, su uso, su forma de preparación, clasificarlas en cálidas o frescas. • Es necesario tener contacto abierto con terapeutas tradicionales o promotores de salud que conozcan y manejen estas plantas. • Intercambiar conocimientos y experiencias entre promotores, parteras y terapeutas para la conservación y el manejo de las plantas medicinales.
	<ul style="list-style-type: none"> • Promover la instalación huertos de plantas medicinales a nivel familiar o comunitario que se expidan también en los botiquines comunales. • Capacitar al personal de salud en el conocimiento y manejo de las plantas medicinales. • Impulsar a nivel de establecimientos de salud y asociaciones de promotores de salud, implementar centros de acopio, elaboración de formulas y distribución de productos de medicina tradicional..

6.9. Monitoreo y evaluación de la programación de actividades y proyectos:

El equipo de cada unidad de salud conjuntamente con los actores sociales de comité de salud deben vigilar el cumplimiento mensual de la programación de la unidad, así como los gastos a fin de:

- Hacer reajustes que corrijan oportunamente las dificultades, retrasos o incumplimientos.
- Analizar los avances y obstáculos a las soluciones propuestas para los problemas comunitarios; y,

- Evaluar periódicamente el impacto de los servicios en la situación de salud de cada familia y de la comunidad, a través de indicadores usuales o de estudios e investigaciones locales, en cuyo caso es recomendable la participación y apoyo de la Jefatura de DISTRITO respetiva.

Las metas anuales de cobertura que se establecieron en cada unidad de salud, como un elemento referencial de la cantidad y contenidos de las actividades a realizar, deben ser monitorizadas a fin de que el personal de salud disponga de un instrumento para la orientación de sus esfuerzos y recursos.

Monitoreo del seguimiento a las familias

La ejecución de las actividades programadas a los miembros de cada familia debe ser revisada semanalmente, utilizando el tarjetero, a fin de:

- Determinar incumplimientos a citas.
- Identificar oportunamente eventos (nacimientos, amparaos, defunciones, etc.) producidos luego de las encuestas familiares.
- Problemas que adicionalmente se pueden presentar en el seno de cada familia o comunidad.

6.10. Sistema de registro

Es el conjunto de instrumentos que facilitan el registro de la información sobre la persona, las familias y comunidades según sus riesgos, las atenciones y servicios entregados tanto en las fases de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación. Es fundamental contar con un sistema de registro que permita tener los datos necesarios y de manera oportuna para que ingresen al sistema común de información en salud y dar seguimiento de las atenciones y servicios que se asignan.

Todos los establecimientos deben implementar el sistema de registro de acuerdo a la normativa del MSP que permita disponer de información: veraz, oportuna, actualizada, objetiva que a partir de su análisis facilite la toma de decisiones.

El SISTEMA DE REGISTRO del MAIS-FCI, queda lejos de poder verse aisladamente como un programa; debe contemplarse integrada en un proyecto de mejora de la atención sanitaria que postule las ventajas que han de recibir los tres agentes implicados:

- La población (individual, familiar, comunitario): porque contribuye a aumentar la calidad, la accesibilidad y la equidad de los servicios.
- Los profesionales: porque aumentan los conocimientos científicos y la efectividad.
- La administración: porque muestra la eficiencia y rentabilidad social (relación de las necesidades sanitarias resueltas respecto a las existentes) de las acciones sanitarias emprendidas

Objetivos del sistema de registro

- Disponer de información que permita optimizar la planificación, programación, monitoreo y control al cumplimiento de metas e indicadores, resolución de los riesgos, la satisfacción de los usuarios, calidad de los servicios, la aplicación de las herramientas de gestión, asignación de recursos y fortalecer la política pública de salud.

- Identificar los principales problemas y necesidades de salud, determinar prioridades, toma de decisiones, definir estrategias, concertar alternativas de acción, y organizar y ejecutar el proceso de producción de servicios hasta la resolución o control de dichos problemas.
- Crear las condiciones necesarias para negociar la responsabilidad conjunta con instituciones intra y extrasectoriales y con los diferentes participantes involucrados en el espacio - población, para que organicen las acciones destinadas a satisfacer las necesidades de salud de su población

El sistema de registro de información en el Modelo de atención incorpora:

- Ficha familiar
- Parte diario y concentrado mensual de consultas ambulatorias y registro de actividades extramurales
- En cada visita domiciliar se registrarán todas las actividades utilizando los formularios respectivos por ciclos de vida.

ANEXO 1

ESTRATEGIAS NACIONALES DE SALUD

- *Tamizaje Neonatal*

Una de las estrategias nacionales es el tamizaje neonatal cuyo objetivo es prevenir la discapacidad intelectual mediante la detección temprana y oportuna de cuatro enfermedades metabólicas hereditarias (Hipotiroidismo Congénito, Hiperplasia Suprarrenal Congénita, Galactosemia y Fenilcetonuria).

- *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.^{41 42}

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 Cero*⁴³

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.

⁴¹ 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

⁴² 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,

⁴³ Ver normativa del MSP publicado en la pagina web

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:

- 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 d 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 el los Ministerios de Salud Pública, Educación, Inclusión Económica y Social, con apoyo de Gobiernos Autónomos Descentralizados, y la Sociedad Civil organizada.

- ***Estrategia de Corto Plazo***

Es un proceso de articulación de varios Ministerios para la ejecución de actividades en el ámbito salud, educación y social, esta siendo direccionado por la Dirección de Planificación del MSP.

• **Estrategias de Salud Colectiva y Vigilancia Epidemiológica**

Son todas las estrategias desarrolladas en la Dirección de Salud Colectiva y Dirección de Epidemiología, por ciclos de vida y bajo el enfoque del modelo de Atención integral de Salud.

• **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 9
Estrategia de Desarrollo Integral Infantil



ANEXO 2

CONJUNTO DE PRESTACIONES POR CICLOS DE VIDA

CICLO DE VIDA	CONJUNTO DE ACCIONES INTEGRALES DE ACUERDO A CICLOS DE VIDA PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN
Recién Nacidos 0 a 28 días. Referirse a: Normas de Atención a la niñez. Norma y Protocolo neonatal Atención Integral Enfermedades de la Infancia (AIEPI) Normas PAI	<p><u>PRESTACIONES DE PROMOCIÓN</u></p> <p>Información Educación a padres o cuidadores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover la autoconfianza de los padres en el cuidado del niño/a y fortalecer el vínculo afectivo. Informar a padres y/o cuidadores de la importancia de la vacunación, lactancia materna exclusiva, estimulación Psicomotriz. • Generar mecanismos de motivación para que acuda a los controles en la unidad operativa • Comunicar a los padres y/o cuidadores acerca de variaciones benignas y comunes en el desarrollo del niño/a así como en el comportamiento del recién nacido, y, cuando corresponda, confirmarles la salud satisfactoria del niño/a

	<p>Determinación de Riesgos utilizando la ficha familiar</p> <p>Riesgo Biológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Bajo peso al nacer: < 2 500 g. b) Peso al nacer 2500 a 3000g. c) Parto pre termino, edad gestacional < a 37 semanas. d) Gemelar o más. e) Desnutrición. f) Antecedentes de enfermedad aguda grave en la madre o en el R. N. g) Antecedentes de enfermedad crónica en la madre. h) Enfermedades diarreicas y respiratorias frecuentes en el R.N. i) Dificultades o rechazo a la lactancia. <p>Riesgo Socio- económico:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Muerte evitable. b) Pobreza. c) Madre adolescente. d) Madre soltera. e) Embarazo no deseado. f) Baja escolaridad de padres o cuidadores. g) Violencia intrafamiliar, maltrato infantil h) Consumo de alcohol y otras drogas. i) Hábito de fumar o fumador pasivo. j) Riesgo de accidentes. k) Desempleo. l) Hacinamiento. m) Otros que el equipo de salud considere.
	<p>Riesgo Ambiental</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Condiciones ambientales insalubres, marginales y poco seguras. b) Animales dentro de la vivienda. c) Agua insegura d) Contaminación e) Mal manejo de desechos
	<p><u>PRESTACIONES DE PREVENCIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención de R.N. según normas AIEPI menores de dos meses Atención Integral del Niño Sano (evaluar Nutrición, desarrollo neuromuscular y psicomotriz, lactancia materna, crecimiento y desarrollo de acuerdo a normas del MSP) • Inmunización según la edad: Vacunación BCG y Hepatitis B Salud mental. Detección de conflictos de pareja, consumo de sustancias psicoactivas, tabaquismo en padres. • Detección de la agudeza visual y ceguera en niños Detección, prevención y consejería de ITS y VIH/SIDA • Desnutrición.- suplemento de micronutrientes, según metas en grupos de edad <p><u>PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN</u></p> <p>Atención de la patología más frecuente en recién nacidos (normal complicado y prematuros):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento de (Infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas y parasitosis, enfermedades infecciosas y transmisibles) • Diagnóstico, tratamiento y manejo de la Dificultad respiratoria, Retardo de crecimiento

	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico, tratamiento y manejo de Malformación congénita • Recuperación de trastornos de la agudeza visual en niños (estrabismo y catarata) • Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental: conflictos de pareja, consumo de sustancias psicoactivas, tabaquismo en padre/madre. • Diagnóstico y tratamiento de Discapacidades Diagnóstico y manejo de lesiones traumáticas y de tejidos blandos (curación y suturas) • Diagnóstico y tratamiento y/o estabilización de esguinces, luxaciones y fracturas de extremidades. • Diagnóstico y tratamiento de emergencias medicas • Otras <p><u>PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades de rehabilitación de fracturas o esguinces en el primer nivel de atención. • Actividades de psicorehabilitación basadas en la comunidad. Discapacidades
	<p><u>VISITA DOMICILIARIA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y seguimiento de pacientes y familias aptadas con riesgos • Realizar la búsqueda activa de riesgos con el fin de desarrollar una intervención oportuna, los mismos que pueden ser clasificados de acuerdo a la ficha familiar (CÓDIGO CIAP) • RN nacidos en domicilio (captación dentro de las primeras 48h y monitoreo telefónico) • RN hijo de familias que estuvieron en seguimiento como familia de riesgo. • RN hijos de madres con sífilis, VIH, TB, con discapacidad • Problemas en la lactancia • Violencia intrafamiliar • Consumo de sustancias psicoactivas, tabaquismo. • Otros determinados por el equipo de salud

CICLO DE VIDA	CONJUNTO DE PRESTACIONES INTEGRALES
<p>Niños/as lactante de 29 días a 11 meses: Referirse a: Normas de atención a la niñez. Atención Integral Enfermedades de la Infancia (AIEPI) Normas PAI Guía para la atención Oftalmológica infantil Normas y procedimientos de atención en Salud Bucal.</p>	<p><u>PRESTACIONES DE PROMOCIÓN</u></p> <p>Información educación a padres o cuidadores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover la autoconfianza de los padres en el cuidado del niño/a, fortalecer el vínculo afectivo • Informar a padres y/o cuidadores de la importancia de la vacunación, lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, a partir de los seis meses lactancia mixta, alimentación complementaria y ablactación según esquema. • Informar a padres y/o cuidadores de la importancia de la Higiene, salud bucal, riesgos de accidentes en el hogar, derechos de los niños • Promover la estimulación psicomotriz y de lenguaje, prevención de discapacidades y ayudas técnicas. • Generar mecanismos de motivación para que acuda a los controles mensuales en la unidad operativa

	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicar a los padres y/o cuidadores acerca de variaciones benignas y comunes en el desarrollo del niño/a así como en el comportamiento del lactante, y, cuando corresponda, confirmarles la salud satisfactoria del niño/a <p>Determinación de riesgos utilizando la ficha familiar</p> <p>Riesgo biológico:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Desnutrición b) Antecedentes de enfermedad prevalentes de la infancia c) Antecedentes de enfermedad crónica en la madre o en el lactante d) Enfermedades diarreicas y respiratorias frecuentes en el lactante e) Dificultades o rechazo a la lactancia o alimentación f) Niños con esquemas incompletos de vacunas g) Niños que no acuden a control de salud <p>Riesgo Socio - económico:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Muerte evitable b) Pobreza c) Madre adolescente d) Madre soltera e) Embarazo no deseado f) Baja escolaridad de padres o cuidadores g) Violencia intrafamiliar, maltrato infantil h) Consumo de alcohol y otras drogas i) Hábito de fumar o fumador pasivo j) Riesgo de accidentes k) Desempleo l) Hacinamiento m) Otros que el equipo de salud considere <p>Riesgo ambiental</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Condiciones ambientales insalubres, marginales y poco seguras b) Animales dentro de la vivienda c) Agua insegura d) Contaminación e) Mal manejo de desechos
	<p><u>PRESTACIONES DE PREVENCIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Control de salud: Evaluar el desarrollo físico (valoración nutricional) y neuromuscular y psicomotriz del lactante en relación con su edad, salud bucal, agudeza visual, auditiva, neurosensorial y tamizaje de patologías prevalente • Cumplir con el esquema de vacunación: OPV, pentavalente (DPT+HB+Hib) Influenza pediátrica (a los 6 meses y solo en campaña) • Administración de micronutrientes, sulfato ferroso y vitamina A hasta 36 meses de edad • De la deficiencia y/o discapacidad • Evaluar el bienestar del lactante e identificar anomalías congénitas o problemas médicos adquiridos • Prevención de la caries • Salud mental. Detección de problemas en el desarrollo (lenguaje, motricidad, social). Además de violencia, consumo de sustancias psicoactivas, tabaquismo en padre/madre • Detección de la agudeza visual y ceguera en niños • Detección, prevención y consejería de ITS y VIH/SIDA • Desnutrición.- suplemento de micronutrientes, según metas en grupos de edad

	<p><u>PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN</u></p> <p>Atención de la patología más frecuente en niños (normal o complicado):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento de enfermedades prevalentes de la infancia • Diagnóstico y tratamiento de enfermedades de la región, provincia • Diagnóstico de deficiencias para evitar que se transforme en discapacidad • Diagnóstico y tratamiento de (Infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas y parasitosis, enfermedades infecciosas y transmisibles) • Diagnóstico, tratamiento y manejo de retardo de crecimiento • Diagnóstico, tratamiento y manejo de malformación congénita • Recuperación de trastornos de la agudeza visual en niños (estrabismo y catarata) • Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental. Manejo de maltrato: físico, psicológico, sexual. Del desarrollo. Tratamiento de violencia intrafamiliar, consumo de sustancias psicoactivas, tabaquismo en padre/madre • Diagnóstico y tratamiento de discapacidades • Diagnóstico y manejo de lesiones traumáticas y de tejidos blandos (curación y suturas) • Diagnóstico y tratamiento y/o estabilización de esguinces, luxaciones y fracturas de extremidades • Diagnóstico y tratamiento de emergencias medicas • Otras
	<p><u>PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades de rehabilitación de fracturas o esguinces en el primer nivel de atención • Actividades de psicorehabilitación basadas en la comunidad. • Discapacidades
	<p><u>VISITA DOMICILIARIA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y seguimiento de pacientes y familias captadas con riesgos • Realizar la búsqueda activa de riesgos con el fin de desarrollar una intervención oportuna, los mismos que pueden ser clasificados de acuerdo a la ficha familiar (CÓDIGO CIAP) • Niños con esquemas incompleto de vacunas • Niños que no acuden a control de salud • Niños de familias en riesgo • Seguimiento de niños con EDAS con deshidratación, neumonías, desnutrición, discapacidades, TB, cuidados paliativos, entre otras • Otros determinados por el equipo de salud
<p>CICLO DE VIDA</p>	<p>CONJUNTO DE PRESTACIONES INTEGRALES</p>
	<p><u>PRESTACIONES DE PROMOCIÓN</u></p> <p>Información educación a padres o cuidadores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover la autoconfianza de los padres en el cuidado del niño/a, Fortalecer el vínculo afectivo • Informar a padres y/o cuidadores de la importancia de la vacunación, lactancia materna hasta los dos años, alimentación complementaria

<p>Niños/as de 1 a 4 años: Referirse a: Normas de atención a la niñez. Atención Integral Enfermedades de la Infancia (AIEPI) Normas PAI Guía para la atención Oftalmológica Infantil Normas y procedimientos de atención en Salud Bucal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Informar a padres y/o cuidadores de la importancia de la higiene, salud bucal, riesgos de accidentes en el hogar, derechos de los niños • Promover la estimulación psicomotriz y de lenguaje, prevención de discapacidades, ayudas técnicas. • Promover la alimentación saludable • Generar mecanismos de motivación para que acuda a los controles mensuales en la unidad operativa • Comunicar a los padres y/o cuidadores acerca de variaciones benignas y comunes en el desarrollo del niño/a así como en el comportamiento del lactante, y, cuando corresponda, confirmarles la salud satisfactoria del niño/a <p>Determinación de riesgos utilizando la ficha familiar</p> <p>Riesgo Biológico:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Desnutrición b) Antecedentes de enfermedad prevalentes de la infancia c) Antecedentes de enfermedad crónica en el niño/a d) Enfermedades diarreicas y respiratorias frecuentes en el niño/a e) Alimentación no saludable f) Niños con esquemas incompletos de vacunas g) Niños que no acuden a control de salud <p>Riesgo socio - económico:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Muerte evitable b) Pobreza c) Madre adolescente d) Embarazo no deseado e) Baja escolaridad de padres o cuidadores f) Violencia intrafamiliar, maltrato infantil g) Consumo de alcohol y otras drogas h) Hábito de fumar o fumador pasivo i) Riesgo de accidentes j) Desempleo k) Hacinamiento l) Prevención, detección y manejo de maltrato: físico, psicológico, sexual
	<p>Riesgo ambiental</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Condiciones ambientales insalubres, marginales y poco seguras b) Animales dentro de la vivienda c) Agua insegura d) Contaminación e) Mal manejo de desechos
	<p><u>PRESTACIONES DE PREVENCIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Control de salud: Evaluar el desarrollo físico (valoración nutricional) y neuromuscular y psicomotriz del niño en relación con su edad, salud bucal, agudeza visual, auditiva, neurosensorial y tamizaje de patologías prevalente • Cumplir con el esquema de vacunación DPT, OPV, SRP, varicela, fiebre amarilla, influenza pediátrica (solo en campaña) • Administración de micronutrientes, vitamina A hasta 36 meses de edad • De la deficiencia y/o discapacidad

	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el bienestar del lactante e identificar anomalías congénitas o problemas médicos adquiridos. • Prevención de la caries • Detección de problemas en el desarrollo (lenguaje, motricidad, social), aptitud intelectual. Además de violencia, consumo de sustancias psicoactivas, tabaquismo en padre/madre. • Detección de la agudeza visual y ceguera en niños • Detección, prevención y consejería de ITS y VIH/SIDA • Desnutrición.- suplemento de micronutrientes, según metas en grupos de edad
	<p><u>PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN</u></p> <p>Atención de la patología más frecuente en niños (normal o complicado):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento de enfermedades prevalentes de la infancia • Diagnóstico y tratamiento de enfermedades de la región, provincia • Diagnóstico de deficiencias para evitar que se transforme en discapacidad • Diagnóstico y tratamiento de (Infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas y parasitosis, enfermedades infecciosas y transmisibles) • Diagnóstico, tratamiento y manejo de retardo de crecimiento diagnóstico, tratamiento y manejo de malformación congénita • Recuperación de trastornos de la agudeza visual en niños (estrabismo y catarata) • Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental. Manejo de maltrato: físico, psicológico, sexual. Del desarrollo. Tratamiento de violencia intrafamiliar, consumo de sustancias psicoactivas, tabaquismo en padre/madre • Diagnóstico y tratamiento de discapacidades • Diagnóstico y manejo de lesiones traumáticas y de tejidos blandos (curación y suturas) • Diagnóstico y tratamiento y/o estabilización de esguinces, luxaciones y fracturas de extremidades • Diagnóstico y tratamiento de emergencias medicas • Otras
	<p><u>PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades de rehabilitación de fracturas o esguinces en el primer nivel de atención • Actividades de psicorehabilitación basadas en la comunidad • Discapacidades
	<p><u>VISITA DOMICILIARIA:</u></p> <p>Diagnóstico y Seguimiento de pacientes y familias captadas con riesgos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar la búsqueda activa de riesgos con el fin de desarrollar una intervención oportuna, los mismos que pueden ser clasificados de acuerdo a la ficha familiar (CÓDIGO CIAP) • Niños con esquemas incompleto de vacunas • Niños que no acuden a control de salud • Niños de familias en riesgo • Seguimiento de niños con EDAS con deshidratación, neumonías, desnutrición, discapacidades, TB, cuidados paliativos, entre otras • Otros determinados por el equipo de salud

CICLO DE VIDA	CONJUNTO DE PRESTACIONES INTEGRALES
<p>Niños/as de 5 a 9 años (ESCOLARES):</p> <p>Referirse a: Normas de atención a la niñez.</p>	<p><u>PRESTACIONES DE PROMOCIÓN</u></p> <p>Información educación a padres o cuidadores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover la autoconfianza de los padres en el cuidado del niño/a, fortalecer el vínculo afectivo • Informar a padres y/o cuidadores de la importancia de la vacunación y una buena alimentación • Informar a padres y/o cuidadores de la importancia de la higiene, salud bucal, riesgos de accidentes en el hogar, derechos de los niños • Promover la estimulación psicomotriz, de aptitudes intelectuales; prevención de discapacidades, ayudas técnicas, participación derechos de los niños y sexualidad saludable
<p>Atención Integral Enfermedades de la Infancia (AIEPI) Normas PAI Guía para la atención Oftalmológica Infantil Normas y procedimientos de atención en Salud Bucal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover la alimentación saludable • Generar mecanismos de motivación para que acuda a los controles en la unidad operativa • Comunicar a los padres y/o cuidadores acerca de variaciones benignas y comunes en el desarrollo del niño/a así como en el comportamiento del niño, y, cuando corresponda, confirmarles la salud satisfactoria del niño/a • Promover las escuelas saludables • Promover la salud bucal • Promoción de los derechos de los niños • Fomentar espacios saludables <p>Determinación de riesgos utilizando la ficha familiar</p> <p>Riesgo Biológico:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Malnutrición, por defecto o por exceso b) Antecedentes de enfermedad prevalentes de la infancia c) Antecedentes de enfermedad crónica en el niño/a d) Enfermedades diarreicas y respiratorias frecuentes en el niño/a e) Alimentación no saludable f) Niños con esquemas incompletos de vacunas g) Niños que no acuden a control de salud <p>Riesgo socio - económico:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Muerte evitable b) Pobreza c) Madre adolescente d) Madre soltera e) Embarazo no deseado f) Baja escolaridad de padres o cuidadores g) Violencia intrafamiliar, maltrato infantil h) Consumo de alcohol y otras drogas i) Hábito de fumar o fumador pasivo j) Riesgo de accidentes k) Desempleo l) Hacinamiento m) Prevención, detección y manejo de maltrato: físico, psicológico, sexual n) Otros que el equipo de salud considere

	<p>Riesgo Ambiental</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Condiciones ambientales insalubres, marginales y poco seguras b) Animales dentro de la vivienda c) Agua insegura d) Contaminación e) Mal manejo de desechos
	<p><u>PRESTACIONES DE PREVENCIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Control de salud: Evaluar el desarrollo físico (valoración nutricional) y neuromuscular, psicomotriz y emocional del niño en relación con su edad, salud bucal, agudeza visual, auditiva, neurosensorial y tamizaje de patologías prevalente • Cumplir con el esquema de vacunación DT, y SRP segunda dosis y varicela hasta terminar las cohortes de edad (solo en campaña) • De la deficiencia y/o discapacidad • Evaluar el bienestar del niño e identificar anomalías congénitas o problemas médicos adquiridos • Prevención de la caries • Salud mental. Detección precoz de problemas en las habilidades escolares; trastornos afectivos, emocionales. Prevención de maltrato: físico, psicológico y sexual • Detección de la agudeza visual y ceguera en niños • Detección, prevención y consejería de ITS y VIH/SIDA • Desnutrición.- suplemento de micronutrientes, según metas en grupos de edad • Prevenir riesgos de accidentes en el hogar y la escuela. • Prevención de discapacidades y uso de ayudas técnicas
	<p><u>PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN</u></p> <p>Atención de la patología más frecuente en niños (normal o complicado) incluyendo la entrega de ayudas técnicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento de enfermedades prevalentes de la infancia • Diagnóstico y tratamiento de enfermedades de la región, provincia • Diagnóstico de deficiencias para evitar que se transforme en discapacidad • Diagnóstico y tratamiento de (Infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas y parasitosis, enfermedades infecciosas y transmisibles) • Diagnóstico, tratamiento y manejo de retardo de crecimiento • Diagnóstico, tratamiento y manejo de malformación congénita • Recuperación de trastornos de la agudeza visual en niños (estrabismo y catarata) • Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental. Problemas de habilidades escolares, trastornos afectivos, emocionales; maltrato infantil • Diagnóstico y tratamiento de discapacidades • Diagnóstico y manejo de lesiones traumáticas y de tejidos blandos (curación y suturas) • Diagnóstico y tratamiento y/o estabilización de esguinces, luxaciones y fracturas de extremidades. • Diagnóstico y tratamiento de emergencias médicas • Otras

	<p><u>PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades de rehabilitación de fracturas o esguinces en el primer nivel de atención • Actividades de psicorehabilitación basadas en la comunidad • Discapacidades y ayudas técnicas <p><u>VISITA DOMICILIARIA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y seguimiento de pacientes y familias captadas con riesgos • Realizar la búsqueda activa de riesgos con el fin de desarrollar una intervención oportuna, los mismos que pueden ser clasificados de acuerdo a la ficha familiar (CÓDIGO CIAP) • Niños con esquemas incompleto de vacunas • Niños que no acuden a control de salud • Niños de familias en riesgo • Seguimiento de niños con problemas de salud según la edad, cuidados paliativos, entre otras • Otros determinados por el equipo de salud
--	--

CICLO DE VIDA	CONJUNTO DE PRESTACIONES INTEGRALES
<p>Adolescentes 10 a 19 años:</p> <p>Referirse a: Normas y procedimientos de atención para la atención integral de Salud de Adolescentes. Protocolo de atención integral a adolescentes. Normas PAI Normas y procedimientos de atención en Salud Bucal.</p>	<p><u>PRESTACIONES DE PROMOCIÓN</u></p> <p>Información educación a padres, adolescentes o cuidadores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover la autoconfianza de los padres en el cuidado del adolescente, fortalecer el vínculo afectivo • Información educación sobre: Nutrición, higiene, sedentarismo, salud bucal, riesgos de accidentes en el escuela, comunidad, violencia, derechos, salud sexual y reproductiva, alcoholismo, drogas, tabaquismo, culturas urbanas y juveniles • Promover crecimiento y desarrollo • Promoción de salud sexual y reproductiva, salud mental, salud bucal • Procesos identitarios en adolescentes y jóvenes así como de identificación social • Fomentar espacios saludables, recreativos, con otras instituciones • Generar mecanismos de motivación para que acuda a los controles en la unidad operativa • Comunicar a los padres y/o cuidadores acerca de variaciones benignas y comunes en el desarrollo del niño/a así como en el comportamiento del niño, y, cuando corresponda, confirmarles la salud satisfactoria del niño/a <p>Determinación de Riesgos utilizando la ficha familiar</p> <p>Riesgo Biológico:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Malnutrición, por defecto o por exceso b) Antecedentes de enfermedad prevalentes de la infancia c) Antecedentes de enfermedad crónica en el/la adolescente d) Alimentación no saludable e) Inicio de precoz de relaciones sexuales f) Tos más de 14 días, TB <p>Riesgo socio - económico:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Muerte evitable b) Pobreza c) Discapacidad

	<p>d) Embarazo en adolescente e) Embarazo no deseado f) Deserción escolar g) Madre soltera h) Baja escolaridad de padres o cuidadores i) Violencia intrafamiliar, maltrato infantil j) Consumo de alcohol y otras drogas k) Hábito de fumar o fumador pasivo l) Riesgo de accidentes m) Desempleo n) Hacinamiento o) Prevención, detección y manejo de maltrato: físico, psicológico, sexual p) Trastornos de depresión, de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia nerviosa) intento de suicidio, violencia q) Otros que el equipo de salud considere</p> <p>Riesgo Ambiental</p> <p>a) Condiciones ambientales insalubres, marginales y poco seguras b) Animales dentro de la vivienda c) Agua insegura d) Contaminación e) Mal manejo de desechos</p>
	<p><u>PRESTACIONES DE PREVENCIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Control de salud: Evaluar el desarrollo físico (valoración nutricional), psicomotriz y emocional del adolescente en relación con su edad • Vacunación: Hepatitis B y varicela hasta terminar las cohortes de edad • Atención: Crecimiento y desarrollo, atención en salud sexual y reproductiva, salud mental, salud bucal • Atención preventiva de adolescentes en riesgo • Malnutrición: obesidad • Sicosociales: depresión, consumo de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia nerviosa) intento de suicidio, violencia • Infecciones de transmisión sexual, embarazo adolescente • Tuberculosis (tos por más de 15 días) • Inactividad física • Discapacidad • De la deficiencia y/o discapacidad • Evaluar el bienestar del adolescente e identificar anomalías congénitas o problemas médicos adquiridos • Prevención de la caries • Salud mental. Detección de problemas de violencia, aprendizaje, afectivos, emocionales; trastornos de la alimentación; consumo de alcohol y otras drogas; prácticas sexuales de riesgo, embarazos no planificados • Detección de la agudeza visual y ceguera • Detección, prevención y consejería de ITS y VIH/SIDA. Desnutrición.- suplemento de micronutrientes, según metas en grupos de edad • Prevenir riesgos de accidentes en el hogar • Prevención de discapacidades, uso de ayudas técnicas

	<p><u>PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN</u></p> <p>Atención de la patología más frecuente en adolescentes (normal o complicado) incluyendo la entrega de ayudas técnicas y cuidados paleativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento de enfermedades prevalentes de la adolescencia • Diagnóstico y tratamiento de enfermedades de la región, provincia • Diagnóstico de deficiencias para evitar que se transforme en discapacidad • Diagnóstico y tratamiento de (Infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas y parasitosis, enfermedades infecciosas y transmisibles) • Diagnóstico, tratamiento y manejo de retardo de crecimiento • Diagnóstico, tratamiento y manejo de malformación congénita • Recuperación de trastornos de la agudeza visual en adolescentes (estrabismo y catarata) • Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental. Trastornos afectivos, emocionales, de la alimentación; violencia; problemas de aprendizaje • Diagnóstico y tratamiento de discapacidades • Diagnóstico y manejo de lesiones traumáticas y de tejidos blandos (curación y suturas) • Diagnóstico y tratamiento y/o estabilización de esguinces, luxaciones y fracturas de extremidades • Diagnóstico y tratamiento de emergencias médicas • Otras <p><u>PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades de rehabilitación de fracturas o esguinces en el primer nivel de atención • Actividades de psicorehabilitación basadas en la comunidad. • Discapacidades y ayudas técnicas <p><u>VISITA DOMICILIARIA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y seguimiento de pacientes y familias captadas con riesgos • Realizar la búsqueda activa de riesgos con el fin de desarrollar una intervención oportuna, los mismos que pueden ser clasificados de acuerdo a la ficha familiar (CÓDIGO CIAP) • Seguimiento de problemas de salud o discapacidad • Adolescentes con esquemas incompletos de vacuna • Cuidados paliativos a niños en etapa terminal de la vida • Otros determinados por el equipo de salud
CICLO DE VIDA	CONJUNTO DE PRESTACIONES INTEGRALES
	<p><u>PRESTACIONES DE PROMOCIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Información educación • Nutrición • Salud bucal • Buen trato • Derechos • Salud sexual y reproductiva • Salud mental culturas urbanas y juveniles

<p>Adulto joven 20 a 64 años:</p> <p>Referirse a:</p> <p>Normas del Programa de Salud Preventiva del Adulto 20 a 64 años</p> <p>Normas PAI</p> <p>Normas y Procedimientos de Atención en Salud Bucal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Participación social y exigencia de derechos • Discapacidad y ayudas técnicas
	<p>Determinación de Riesgos utilizando la ficha familiar</p> <p>Riesgo Biológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Malnutrición, por defecto o por exceso b) Antecedentes patológicos familiares de enfermedad crónicas c) Alimentación no saludable d) Relaciones sexuales no seguras e) Tos más de 14 días, TB f) Riesgos cardiovascular g) Riesgos metabólicos h) Detección oportuna de cáncer: cérvico-uterino, mama i) Detección oportuna de cáncer de próstata j) Salud bucal k) Planificación familiar
	<p>Riesgo Socio- económico:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Muerte evitable b) Pobreza c) Discapacidad d) Embarazo en adolescente e) Embarazo no deseado f) Deserción escolar g) Madre soltera h) Baja escolaridad i) Violencia intrafamiliar, maltrato infantil j) Consumo de alcohol y otras drogas k) Hábito de fumar o fumador pasivo l) Riesgo de accidentes m) Desempleo n) Hacinamiento o) Prevención, detección y manejo de maltrato: físico, psicológico, sexual p) Trastornos psicosociales: depresión, consumo de sustancias psicoactivas, trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia nerviosa) intento de suicidio, violencia. Trastornos emocionales, afectivos. Deterioro mental y cognitivo q) Otros que el equipo de salud considere
	<p>Riesgo Ambiental</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Condiciones ambientales insalubres, marginales y poco seguras. b) Animales dentro de la vivienda. c) Agua insegura d) Contaminación e) Mal manejo de desechos
<p><u>PRESTACIONES DE PREVENCIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención salud preventiva en adulto: Riesgos cardiovascular, Riesgos metabólicos, detección oportuna de cáncer: cérvico-uterino, mama, malnutrición: obesidad, psicosociales: depresión, consumo de sustancias psicoactivas, trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia nerviosa) intento de suicidio, violencia, Infecciones de transmisión sexual, tuberculosis (tos por más de 15 días) 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Salud Bucal, Prevención de la caries • Planificación Familiar • Diagnóstico de deficiencias y discapacidades • Vacunación: DT embarazadas y MEF en áreas de alto riesgo. • Atención preventiva del adulto en riesgo: • Malnutrición: obesidad • Salud mental: trastornos afectivos, emocionales, cognitivos; consumo de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia nerviosa) intento de suicidio, violencia, trastornos cognitivos • Inactividad física • Discapacidad • De la deficiencia y/o discapacidad • Evaluar el bienestar del adulto e identificar anomalías congénitas o problemas médicos adquiridos • Detección de la agudeza visual y ceguera • Detección, prevención y consejería de ITS y VIH/SIDA • Desnutrición.- suplemento de micronutrientes, según metas en grupos de edad • Prevenir riesgos de accidentes en el hogar • Prevención de discapacidades y uso de ayudas técnicas
	<p><u>PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN</u></p> <p>Atención de las patologías más frecuente: Diabetes, hipertensión, enfermedad isquémica cardíaca, enfermedad renal, cerebrovascular, neoplasias, tuberculosis, infecciones de transmisión sexual, metaxémicas, depresión, ansiedad, problemas cognitivos, discapacidades y cuidados paliativos en la etapa terminal de la vida</p>
	<p><u>PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades de rehabilitación de fracturas o esguinces en el primer nivel de atención • Actividades de psicorehabilitación basadas en la comunidad, discapacidades y ayudas técnicas
	<p><u>VISITA DOMICILIARIA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y seguimiento de pacientes y familias captadas con riesgos • Realizar la búsqueda activa de riesgos con el fin de desarrollar una intervención oportuna, los mismos que pueden ser clasificados de acuerdo a la ficha familiar (CÓDIGO CIAP) • Seguimiento de problemas de salud mental, discapacidad grave y cuidados paliativos. • Otros determinados por el equipo de salud

CICLO DE VIDA	CONJUNTO DE PRESTACIONES INTEGRALES
<p>Adulto mayor > 65 años:</p> <p>Referirse a:</p> <p>Normas y protocolos de atención integral del Adulto Mayor mayores de 65 años</p>	<p><u>PRESTACIONES DE PROMOCIÓN</u></p> <p>Información educación a miembros de la familia (cuidadores)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nutrición • Salud bucal • Buen trato • Salud Mental • Salud sexual • Envejecimiento activo • Participación social y exigencia de derechos • Discapacidad • Fomentar espacios saludables, recreativos, con otras instituciones

<p>Normas PAI Normas y procedimientos de atención en Salud Bucal.</p>	<p>Determinación de riesgos utilizando la ficha familiar</p> <p>Riesgo Biológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Malnutrición, por defecto o por exceso b) Enfermedades crónicas. degenerativa c) Alimentación no saludable d) Accidentes propios de la edad e) Tos más de 14 días, TB f) Demencia senil <p>Riesgo Socio- económico:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Muerte evitable b) Pobreza c) Discapacidad d) Desempleo e) Violencia intrafamiliar f) Soledad y/o abandono g) Consumo de alcohol o drogas h) Hábito de fumar o fumador pasivo i) Riesgo de accidentes. j) Hacinamiento k) Prevención, detección y manejo de maltrato: físico, psicológico, sexual l) Trastornos de depresión, intento de suicidio, violencia m) Deterioro mental y cognitivo n) Otros que el equipo de salud considere <p>Riesgo Ambiental</p> <ul style="list-style-type: none"> f) Condiciones ambientales insalubres, marginales y poco seguras g) Animales dentro de la vivienda h) Agua insegura i) Contaminación j) Mal manejo de desechos
	<p><u>PRESTACIONES DE PREVENCIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Valoración Geriátrica Integral • Identificar factores de riesgo, condicionantes de deterioro funcional y cognitivo • Valoración precoz y diagnóstico de la fragilidad • Dependencia funcional • Salud bucal • Violencia, consumo de alcohol y tabaquismo • Vacunación: Neumococo polisacárido e influenza estacional solo en campañas anuales • Prevención, detección y manejo de violencia, maltrato y discapacidad
	<p><u>PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención de la patología más frecuente • Síndromes geriátricos • Prevención y diagnóstico de problemas visuales, auditivos (detección de catarata, retinopatía diabética), motrices, y otras discapacidades • Depresión, ansiedad • Cuidados paliativos en etapa terminal de la vida

	<p><u>PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN</u></p> <p>Actividades de rehabilitación de fracturas o esguinces en el primer nivel de atención Actividades de psico rehabilitación basadas en la comunidad Discapacidades y ayudas técnicas</p> <p><u>VISITA DOMICILIARIA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y seguimiento de pacientes y familias captadas con riesgos • Realizar la búsqueda activa de riesgos con el fin de desarrollar una intervención oportuna, los mismos que pueden ser clasificados de acuerdo a la ficha familiar (CÓDIGO CIAP) • Seguimiento de problemas de salud, discapacidad grave salud mental y cuidados paliativos • Atención en casos de postración o discapacidad y cuidados paliativos • Otros determinados por el equipo de salud
--	--

CICLO DE VIDA	CONJUNTO DE PRESTACIONES INTEGRALES
<p>Embarazadas</p> <p>Referirse a: Normas y protocolos materno Normas PAI Normas y procedimientos de atención en Salud Bucal.</p>	<p><u>PRESTACIONES DE PROMOCIÓN</u></p> <p>Información educación a embarazada y su pareja</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lactancia materna • Cuidado del recién nacido • Salud bucal • Buen trato • Salud mental • Fortalecimiento de vínculo afectivo con el recién nacido • Preparación al parto • Participación social y exigencia de derechos • Promover el parto institucional • Promover preparación para el parto
	<p>Determinación de Riesgos utilizando la ficha familiar</p> <p>Riesgo Biológico:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Riesgos en el primer trimestre de embarazo b) Riesgos en el segundo trimestre de embarazo c) Riesgos en el tercer trimestre de embarazo
	<p>Riesgo Socio - económico:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Muerte evitable b) Pobreza c) Discapacidad d) Desempleo e) Violencia intrafamiliar f) Soledad y/o abandono g) Consumo de alcohol y otras drogas h) Hábito de fumar o fumador pasivo i) Riesgo de accidentes j) Hacinamiento k) Prevención, detección y manejo de maltrato: físico, psicológico y sexual.

	<p>l) Trastornos de depresión, intento de suicidio y violencia m) Deterioro mental y cognitivo n) Otros que el equipo de salud considere</p> <p>Riesgo Ambiental</p> <p>a) Condiciones ambientales insalubres, marginales y poco seguras b) Animales dentro de la vivienda c) Agua insegura d) Contaminación e) Mal manejo de desechos</p>
	<p><u>PRESTACIONES DE PREVENCIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Control prenatal: evaluación estado nutricional, salud bucal y tamizaje de patologías prevalente. • Consejería genética • Vacunación: DT embarazadas • Prevención, detección y manejo de violencia y maltrato, drogodependencia. • Trastornos afectivos y emocionales • Prevención de embarazadas que no acuden a control (visitas domiciliarias) • Atención de postparto (visitas domiciliarias) • Seguimiento de problemas de salud (visitas domiciliarias) • Captación de embarazadas en puerperio • Parto domiciliario
	<p><u>PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN</u></p> <p>Atención de la patología más frecuente en embarazadas</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el parto • En el postparto • Enfermedades perinatales • Ansiedad, depresión leve • Atención de parto
	<p><u>PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades de rehabilitación de fracturas o esguinces en el primer nivel de atención • Actividades de psicorehabilitación basadas en la comunidad • Discapacidades y ayudas técnicas
	<p><u>VISITA DOMICILIARIA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y seguimiento de pacientes y familias captadas con riesgos • Realizar la búsqueda activa de riesgos con el fin de desarrollar una intervención oportuna, los mismos que pueden ser clasificados de acuerdo a la ficha familiar (CÓDIGO CIAP) • Embarazadas que no acuden a control • Seguimiento de problemas de salud • Captación de embarazadas en puerperio • Parto domiciliario otros determinados por el equipo de salud

Atención a la comunidad

COMUNIDAD	CONJUNTO DE PRESTACIONES INTEGRALES
<p>Referirse a: Sistemas de Vigilancia Epidemiológica Guía de elaboración de proyectos: Manual de capacitación del subproceso de epidemiología.</p>	Conformación Redes Sociales Locales de Salud
	Plan de salud
	Elaboración y ejecución de proyectos
	<p>Promoción</p> <p>Incorporación progresiva y sistemática de la población al ejercicio físico: se iniciara con clubes de adultos mayores, de hipertensos, diabéticos, embarazadas y puérperas, posteriormente en lugares de trabajo, escuelas, etc</p> <p>Realizar actividades educativas que contribuyan a disminuir los factores de riesgo identificados en la comunidad. Entre ellos la obesidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatía isquémica, accidente vascular encefálico, cáncer, sedentarismo, malos hábitos alimentarios, hábito de fumar, violencia, maltrato infantil, consumo excesivo de alcohol</p> <p>Promover acciones para controlar los riesgos de accidente en el domicilio, escuelas, lugares de trabajo, lugares públicos y del tránsito.</p> <p>Educar a la población en la importancia y la responsabilidad sobre: la vacunación, diagnóstico precoz del cáncer: cérvico-uterino, mamas, higiene bucal y la atención estomatológica periódica, control de los niños y la vigilancia de su desarrollo, de su proceso de aprendizaje, del lenguaje; control de las madres embarazadas y riesgos, cuidado del recién nacido, atención preventiva del adulto, lactancia materna, cómo evitar enfermedades transmisibles, respiratorias, digestivas entre otras enfatizando en infecciones respiratorias aguda, enfermedades diarreicas agudas, tuberculosis, infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA, paludismo, dengue, sexualidad humana, planificación familiar, embarazo en adolescentes, higiene personal y cuidado ambiental, alcoholismo y otras drogas y sus efectos</p> <p>Discapacidad y cuidados paliativos</p>
<p>Identificación y manejo de problemas y riesgos:</p> <p>Vigilancia de calidad de agua, vigilancia de eliminación de desechos sólidos, vigilancia de excretas, vigilancia de plaguicidas, vigilancia y control de vectores, vigilancia comunitaria de violencia, maltrato, drogas y alcohol</p>	
<p>Entornos saludables</p>	<p>Para la construcción social de las estrategias comunitarias en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud; es necesario construir lineamientos técnicos para la generación de comunidades y entornos saludables a través de guías metodológicas que contienen mecanismos de abogacía, negociación y herramientas de participación comunitaria</p> <p>Las estrategias a trabajar en esta dimensión son las siguientes:</p> <p>Distritos saludables: Ejecución a cargo de los distritos de salud</p> <p>Comunidades saludables: Ejecución a cargo de las unidades operativas y los equipos integrales de salud</p>

	<p>Desarrollo comunitario: Concertación local para la salud (construcción de espacios de diálogo sobre los determinantes de salud y las estrategias a desarrollar) Educación para la salud y participación social Trabajo con agentes comunitarios Escuelas promotoras de salud Sistema de vigilancia comunitaria en salud Salud ambiental Vigilancia y control de riesgos</p>
<p>Distritos Saludables</p>	<p>Distritos saludables es una estrategia que implica el esfuerzo de coordinación entre el sistema de salud y los gobiernos locales para promover entornos saludables a través de la generación de políticas públicas saludables que propicien la participación ciudadana, el bienestar y desarrollo de sus comunidades, de manera que influyan sobre los determinantes de la salud.</p> <p>Los procesos identificados son:</p> <p>Convocatoria y sensibilización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación de problemas y necesidades locales • Desarrollo de capacidades locales (talleres de capacitación, análisis de resultados) • Compromiso de gobiernos locales (firma de actas compromisos) • Capacitación a gobiernos locales (análisis de resultados) • Organización (establecer un comité intersectorial, directorio institución se obtiene del mapeo de actores) • Planificación (desarrollo del portafolio de intervención) • Ejecución (trabajar en forma coordinada, promover políticas públicas) • Seguimiento y Evaluación (cronograma de reuniones que permita revisar información)
<p>Comunidades Saludables</p>	<p>Es el desarrollo local, de actividades dirigidas a fomentar el cuidado de la comunidad.</p> <p>Los Procesos identificados son</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo comunitario: Fomenta localmente la participación de los ciudadanos, en corresponsabilidad de acciones para los cuidados de la salud. A través de esta estrategia se desarrolla el Plan Local de Salud. Las actividades principales: <ul style="list-style-type: none"> • Conformación de equipos de los Consejos Parroquiales de Salud, con participación de las autoridades e instituciones locales de la comunidad, autoridades del establecimiento de salud y representaciones de la sociedad civil. • Elaboración de análisis comunitario de salud (utiliza el ASIS) • Elaboración anual del Plan Local de Salud periódica del riesgo comunal • Elaboración, negociación y ejecución de proyectos • Calificación periódica de comunidades saludables • Concertación local para la salud: La concertación local para la salud es el espacio de alianzas interinstitucionales e intersectoriales, con la participación activa y organizada de la comunidad, para formular y ejecutar políticas locales para el desarrollo comunitario, el control social, el ejercicio de la ciudadanía y sus derechos.

	<p>Las actividades principales son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concertación local e Interinstitucional para la salud • Plan de Trabajo • Trabajo con recursos de la comunidad • Está basado en el trabajo colaborativo de miembros de la comunidad. Requiere que el personal de salud promocióne su organización, los capacite e incorpore a las acciones de salud <p>La integración de los recursos de la comunidad implica seguimiento y evaluación de los resultados. El trabajo de los recursos de la comunidad puede expresarse de diversas formas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recuperación y aprovechamiento de los conocimientos y capacidades de las comunidades • Acompañamiento y participación en la elaboración de los diagnósticos y en la planificación de las acciones de salud a desarrollarse • Colaboración en acciones específicas de las Estrategias Sanitarias (inmunizaciones, seguimiento de casos de tuberculosis, control vectorial, detección de casos de malaria, veedurías, etc) • El Sistema de Vigilancia Comunal está basado en el trabajo de los recursos de la comunidad, sin embargo, para fines metodológicos su concepto y procesos se desarrollarán en las estrategias de VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA. Revisar el documento de Epidemiología y la Dirección Nacional de Gestión de Riesgos del MSP Ecuador • Las actividades a realizar son: <ul style="list-style-type: none"> • Selección, capacitación, educación continua, seguimiento de recursos de la comunidad • Implementación con materiales, equipos e insumos
--	--

<p>Trabajo comunitario: Sensibiliza a actores sociales: sociedad civil y Gobierno local: Socializa “El Modelo de Atención Integral de Salud”</p>
<p>Análisis de la situación de salud</p>
<p>Participación social y comunitaria en la localidad: para la elaboración de la programación local y participativa con la participación activa de todos los actores sociales de la comunidad</p>
<p>Evaluación del medio físico y ambientes humanos</p>
<p>Detección y seguimiento de personas en ambientes de riesgo</p>
<p>Atención básica de adultos mayores enfermos y deficientes</p>
<p>Detección, captación, referencia y seguimiento grupos de riesgo (niños y jóvenes en situación de callejización, adolescentes embarazadas, personas con conductas de riesgo, adultos mayores en riesgo, etc</p>
<p>Detección de niños/niñas, jóvenes y adultos con deficiencias o discapacidades</p>
<p>Detección seguimiento y/o referencia de casos de maltrato y violencia intrafamiliar</p>
<p>Promoción y organización de la salud para grupos específicos, como el caso de las personas con discapacidades, comisiones de alimentación e higiene</p>
<p>Detección de medios de comunicación colectiva locales</p>

<p>Promover la creación de áreas y ambientes saludables para adolescentes y adultos mayores</p>
<p>Promover la creación de áreas comunitarias para rehabilitación básica y orientación de la familia y la persona con discapacidad</p>
<p>Investigación sobre la morbilidad y mortalidad, morbideficiencia y las situaciones sociales de riesgo de la población</p>
<p>Promoción y educación para la salud y para las actividades de rehabilitación con tecnología simplificada</p>
<p>Vigilancia de la morbideficiencia a través de la detección temprana de deficiencias</p>
<p>Vigilancia de muertes infantiles y maternas</p>
<p>Promoción de la participación social y comunitaria: (movilización de la comunidad en torno a temas de salud)</p>

Actividades odontológicas

FUNCIONES, ACTIVIDADES PARA EL ODONTÓLOGO DEL EQUIPO INTEGRAL DE SALUD⁴⁴

El Plan de Salud Bucal, dentro del nuevo Modelo de Atención Integral de Salud, Intercultural Familiar y Comunitaria, tiene un enfoque en la Promoción y Prevención, estableciendo un adecuado equilibrio con los componentes curativo y restaurativo y una relación de complemento con la atención médica, además busca articularse con los programas de atención a las personas, a fin de mejorar la calidad de salud y vida, eliminando las disparidades sanitarias y facilitando la colaboración entre las personas, profesionales de salud, comunidades y de todos los niveles de la sociedad.

La salud bucal está dirigida a la familia y a la comunidad con atención directa a los miembros más vulnerables, además está basada en el principio de atención de calidad y de ser accesible a todos. Las intervenciones tienen énfasis en la educación de la salud bucal, la prevención y el control de la morbilidad de las principales patologías en especial de la caries dental.

Para que este Plan alcance sus objetivos, es fundamental promover que la comunidad se comprometa con este, entendiendo su importancia como parte integrante y activa del proceso social, económico y cultural enfocando a la salud bucal dentro del concepto de mejorar la salud general.

La salud bucal está relacionada directamente a los problemas sociales de las comunidades. La participación e integración de las comunidades es fundamental. Los principios básicos de la atención primaria son tomados en cuenta en los programas de salud bucal colectivos, para que se obtengan soluciones durables con la participación de la comunidad y la cooperación e integración multisectorial. Tomar estas medidas evitará que los esfuerzos se transformen en simples paliativos, reafirmando servicios de salud equitativos y de calidad.

La cobertura del Plan será creciente y apoya la intersectorialidad y a la red de servicios de salud bucal. La gestión del Plan es descentralizada y de responsabilidad compartida, la gerencia debe ser participativa como garantía de adecuación del Modelo de Atención a las necesidades del entorno. Los servicios de salud bucal se deben prestar en los establecimientos de salud y en la comunidad apoyados por el equipo básico de salud EBAS.

Para el control de la calidad de los servicios odontológicos y la práctica profesional se realizará de manera periódica una medición de desempeño para tener un diagnóstico operativo de las áreas y fortalecer la infraestructura, capacidades humanas y equipamiento necesario para su buen desempeño, de esta manera se podrá conseguir un mejoramiento continuo de la calidad en salud bucal.

El odontólogo operativo es el que brinda al individuo sano o enfermo para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud bucal y atención de emergencias. El odontólogo debe cumplir con las medidas de bioseguridad y principios de epidemiología.

ACTIVIDADES	
EXTRAMURAL	EN LA CONSULTA

⁴⁴ Elaborado por Equipo de Normatización de Salud Bucal 2009 – 2010 - 2011

<p>Promoción de la salud bucal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de hábitos y comportamientos saludables en salud bucal dentro de la familia • Comunicación, educación y consejería a las madres, o representantes de la familia en: <ul style="list-style-type: none"> • Importancia de la lactancia materna • Seguridad alimentaria: nutrición, micronutrientes y dieta no cariogénica • Hábitos saludables en salud bucal: limpieza de dientes y encías, técnica de cepillado, control de placa bacteriana, utilización del hilo dental. • Otros de acuerdo a la necesidad 	<p>Sus funciones son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaborar la programación local en su unidad operativa de acuerdo a lo que establece el modelo de atención vigente para los diferentes ciclos de vida y dar a conocer al Director de la unidad operativa y al odontólogo del área • Ejecutar el Programa Nacional de Salud Bucal según las normas del primer nivel atención • Ser el responsable del registro del sistema de información, la recolección y análisis de los datos de las actividades odontológicas cumplidas y presentar el informe al nivel superior • Responsabilizarse de la conservación y mantenimiento del equipo, instrumental y biomateriales entregados y solicitar oportunamente su reposición • Coordinar con los directores de las escuelas, personal docente, padres de familia y líderes comunitarios, para la ejecución del programa de salud bucal en escolares • Concurrir obligatoriamente a las reuniones técnico administrativas convocadas por los niveles jerárquicos superiores • Supervisar al personal auxiliar odontológico asignado a la unidad operativa • Coordinar las actividades con los demás miembros del equipo de salud • Cumplir con las demás actividades relacionadas a su cargo y demás que por ley y reglamento le fueren asignadas por sus superiores
---	--

<p>Prevención de las principales patologías:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Detección de placa bacteriana y enseñanza de técnica de cepillado • Aplicación de sellantes (si cuenta con las facilidades necesarias de equipamiento y bioseguridad) • Aplicación de flúor gel acidulado al 2% aplicación de flúor laca <p>Aplicación de la técnica ART (técnica de restauración atraumática) si cuenta con las facilidades necesarias de equipamiento y bioseguridad</p>	<p>Referencia:</p> <p>El odontólogo del Equipo Básico de Salud, debe referir al servicio odontológico, a toda persona que necesite tratamiento.</p> <p>1 frasco 80 1 hora por niño 3 calzas 15 min por pieza</p> <p>PARA TRABAJO EXTRAMURAL</p> <p>INSTRUMENTAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Espejos bucales • Exploradores • Pinza para algodón • Cucharetas: pequeñas, medianas y grandes • Hatchet • Caver • Diamante <p>NOTA: Cada odontólogo deberá contar con 8 equipos</p> <p>BIOMATERIALES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ionómero de vidrio • Flúor gel acidulado al 2% • Flúor laca <p>INSUMOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Guantes • Mascarillas • Gorro
	<ul style="list-style-type: none"> • Rollos de algodón • Algodón en rama • Vaselina • Papel articular • Cubetas desechables • Papel toalla • Fundas para basura • Mandil
<p>NOTA: La cantidad de biomateriales e insumos requeridos por cada odontólogo dependerá del número de pacientes a ser atendidos.</p> <p>En relación a los aspectos técnicos de la Norma, referirse a las normas y protocolos de salud bucal para del primer nivel de atención.</p>	
<p>PROTOCOLOS DE PREVENCIÓN DE LAS PRINCIPALES PATOLOGÍAS BUCO DENTALES</p>	
<p>CEPILLADO DENTAL</p>	
<p>Definición</p> <p>Es la forma mecánica de eliminación de placa bacteriana y restos alimenticios.</p> <p>La duración aproximada de un cepillado no debe ser menor de cinco minutos, que es lo que aproximadamente llevaría hacer ese recorrido por todas las superficies de los dientes y de la lengua.</p>	

Procedimiento:	
<ul style="list-style-type: none"> • Cepille los dientes anteriores colocando las cerdas sobre la encía en un ángulo de 45 grados. Las cerdas deben estar en contacto con la superficie dental y la encía • Cepille suavemente la superficie dental externa de 2 ó 3 dientes por vez con un movimiento rotatorio de adelante hacia atrás. Mueva el cepillo al próximo grupo de 2 ó 3 dientes y repita la operación • Mantenga un ángulo de 45 grados con las fibras en contacto con la superficie dental y la encía. Para el cepillado de los molares, cepille suavemente con un movimiento circular al mismo tiempo realice un movimiento de adelante hacia atrás sobre toda la superficie interna • Incline el cepillo verticalmente detrás de los dientes frontales. Haga varios movimientos de arriba hacia abajo usando la parte delantera del cepillo • Ponga el cepillo sobre la superficie masticatoria y haga un movimiento suave de adelante hacia atrás • Cepille la lengua de adelante hacia atrás para eliminar las bacterias que producen el mal aliento 	
Indicaciones	Es importante que no se humedezca el cepillo para no crear espuma, lo que nos impediría ver con claridad. Como norma general, la cantidad de pasta dental a utilizar debe ser la del tamaño de la uña del dedo meñique de la niño/a o del tamaño de una lenteja
Recomendaciones	Los cepillos deben guardarse secos y limpios, cambiarse aproximadamente cada tres meses y no se deben compartir. La placa bacteriana vuelve a establecerse sobre la superficie dental a las pocas horas tras su eliminación, por lo que los dientes deben cepillarse al menos una o dos veces al día. Lo ideal es que se realice el cepillado después de cada comida, aunque se recomienda que el cepillado más minucioso se realice por la noche antes de acostarse
UTILIZACIÓN DEL HILO DENTAL	
Definición	
La utilización correcta del hilo dental previene la formación de caries interproximales (entre los dientes) y las enfermedades periodontales, principales problemas de salud bucal de la población, los dientes y encías permanecerán sanos, porque el hilo dental permite acceder a zonas donde el cepillo de dientes no alcanza	
Procedimiento:	
<ul style="list-style-type: none"> • Enrolle 20 centímetros de hilo dental alrededor del dedo medio de cada mano • Mantenga estirado 2 a 3 centímetros de hilo entre los dedos. Use los dedos índices para guiar el hilo dental entre las superficies de contacto de los dientes inferiores • Guíe suavemente el hilo dental entre los dientes usando un movimiento de “zig-zag”. Introduzca cuidadosamente el hilo entre los dientes y alrededor del diente • Deslice el hilo dental de arriba hacia abajo sobre la superficie del diente y también debajo de la encía • Después de pasarlo por todos los dientes, enjuagar vigorosamente la boca para eliminar la placa y los residuos de los espacios interdientales 	
Indicaciones	La limpieza con el hilo dental en los niños/as debe ser realizada por la madre o responsable del niño que esté debidamente adiestrado para que pueda insertar el hilo dental sin lesionar la papila interdientaria. El hilo dental que se utilice para la limpieza dental debe ser sin cera deslizante Con el empleo del hilo dental y de un enjuague bucal (colutorios) se estaría completando de manera eficiente nuestro aseo dental diario

TOPICACIÓN CON FLÚOR	
Definición	
<p>La aplicación tópica de flúor en gel es una técnica, capaz de reducir a la mitad la presencia de caries. El tratamiento es fácil de implementar y no tiene efectos secundarios conocidos, ni agresivos</p> <p>El flúor actúa sobre los cristales del esmalte dentario, transformando la hidroxiapatita en fluorapatita, haciendo más resistente al proceso carioso y se cree también que actúa sobre microorganismos causantes, interfiriendo su proceso destructivo</p>	
Procedimiento:	
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar una profilaxis o cepillado riguroso de las piezas dentales antes de la colocación del flúor gel. (utilizar pasta sin glicerina) 	
<ul style="list-style-type: none"> • Establecer el tamaño adecuado de la cubeta para flúor desechable y se llena la cubeta con una cantidad máxima de 2 ml. o 40% de su capacidad con fluoruro (colocando algodón en toda la cubeta para mejor absorción del flúor) • Colocar al paciente sentado en posición erecta con la cabeza inclinada hacia adelante a fin de disminuir el riesgo de ingestión de flúor • Aislar los dientes con rollos de algodón y secar con la jeringa de aire para obtener un campo seco que permita mayor absorción de fluoruro • Insertar la cubeta en la boca por 4 minutos, presionándola contra los dientes, para asegurar el cubrimiento de los espacios interproximales y se le pide al paciente que cierre la boca para ayudar a llevar el fluoruro alrededor de todas las superficies dentales • Finalmente solicitar al paciente que incline la cabeza hacia abajo para retirar la cubeta bucal. En esta actividad se debe mantener supervisión continua con el fin de prevenir accidentes con fluoruro 	
Indicaciones	Indicar al paciente no ingerir alimentos ni bebidas al menos por una hora
Recomendaciones	Es conveniente realizar topicaciones con flúor gel acidulado al 2.3% a partir de los 6 años de edad, ya que el mismo actúa como un recubrimiento para evitar posibles lesiones cariosas. Su uso es principalmente importante para la prevención de las caries en niños durante la visita periódica. La frecuencia recomendada es de dos aplicaciones anuales, considerándose que cada aplicación supone un aporte de unos 5ml.
APLICACIÓN DE SELLANTES (TÉCNICA ART) NO INVASIVA	
Definición	
Es una técnica simplificada de prevención de la caries dental, con preparación mínima, indolora y efectiva	
Procedimiento:	
<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico clínico de la pieza a sellar • Control oclusal • Aislamiento relativo (rollos de algodón) • Remoción de la placa y restos alimentarios en las partes más profundas de las fosas y fisuras con el explorador • Limpiar la superficie del diente con torundas de algodón y agua y secar con torundas de algodón • Acondicionamiento de las fosas y fisuras adyacentes por 10 a 15 segundos, se usará el mismo líquido del ionómero de vidrio 	

- Lavar la superficie con torundas de algodón embebidas en agua y secar con torundas de algodón
- Aplicar el ionómero de vidrio en cantidades pequeñas en fosas y fisuras
- Colocar una pequeña capa aislante (vaselina) y aplicar la técnica de dígito-presión en las fosas y fisuras de la pieza a sellar
- Remover el exceso de material una vez que este se ha semi-endurecido
- Realizar el control de la oclusión
- Aplicar una capa extra de aislante (vaselina)

Indicaciones	Indicar al paciente no ingerir alimentos ni bebidas al menos por una hora
---------------------	---

Contraindicaciones	Hipersensibilidad al cemento de ionómero de vidrio
---------------------------	--

EDUCACIÓN EN HIGIENE BUCAL

Definición
Es altamente comprobado el beneficio que tiene la educación y prevención para evitar la aparición de patologías bucales, en estos protocolos se indicará cuales son las más recomendables para ser utilizados tanto en la casa como en el consultorio

BEBÉS (0 meses a 2 años)
Abarca el inicio aproximado de la erupción dental hasta la erupción completa de la dentición temporal

Cuidados en casa.
Recomendar a la madre o responsable del niño:

- Explicar que con la erupción de los primeros dientes, la alimentación nocturna (tanto leche materna o de biberón) debe disminuir
- Recomendar que a partir de esta etapa el niño siempre debe dormir con la boca limpia, que debe realizarle la higiene después del último alimento, esto con el propósito de evitar el desarrollo de la caries por alimentación nocturna o de “biberón”
- La madre o responsable del niño deberá realizar la higiene en la mañana y antes de dormir (2 veces al día) sólo con gasa o una tela suave embebida en agua hervida tibia

Se podrá utilizar cepillo de dientes cuando los molares ya estén presentes

Cuidados en consultorio.
En la primera cita el profesional odontólogo indica todos los cuidados arriba mencionados

- Realizar la demostración práctica a la madre o responsable del niño luego evalúa en citas posteriores la efectividad de sus cuidados del bebé
- En cada consulta se realizará la higiene bucal del bebé con gasa o el propio cepillo del paciente si ya tiene los molares presentes
- Con criterio de riesgo se realizarán topicaciones de flúor

Recomendaciones	Las consultas odontológicas serán trimestrales, o mensuales en caso de alto riesgo de caries
------------------------	--

EDUCACIÓN EN HIGIENE BUCAL

Definición
Es altamente comprobado el beneficio que tiene la educación y prevención para evitar la aparición de patologías bucales, en estos protocolos se indicará cuales son las más recomendables para ser utilizados tanto en la casa como en el consultorio

NIÑOS PRE-ESCOLARES (3 a 5 años de edad)

Cuidados en casa:
El cepillado dental es responsabilidad ABSOLUTA DE LOS PADRES. A partir de los 3 años se recomienda a los padres o responsables del niño/a el uso de pasta dental

con flúor (de no más de 500 ppm) en una cantidad aproximada a un grano de lenteja (0.15g) en los dos cepillados, tanto en la mañana como en la noche	
<i>Cuidados en consultorio:</i> El odontólogo podrá cepillar los dientes con cepillo en motor de baja velocidad, sin utilizar pastas que contengan flúor, solo con agua limpia	
Control y mantenimiento	Semestral: control de dieta
EDUCACIÓN EN HIGIENE BUCAL	
Definición Es altamente comprobado el beneficio que tiene la educación y prevención para evitar la aparición de patologías bucales, en estos protocolos se indicará cuáles son las más recomendables para ser utilizados tanto en la casa como en el consultorio	
ESCOLARES (6 a 14 años)	
<i>Cuidados en casa:</i> A partir de los 6 años se dejará que el niño/a se cepille sus dientes solo/a, siempre abarcando todos sus dientes con la respectiva supervisión de los padres, no es necesaria una técnica sofisticada. Se recomienda el control de los padres. Uso de hilo dental A partir de los 10 años ya puede utilizar la pasta dental de adulto (que contiene 1000 ppm)	
<i>Cuidados en consultorio:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Profilaxis con o sin pasta fluorada, utilizando baja velocidad • Asesoría de la técnica de cepillado • Se indicará y demostrará prácticamente el uso del hilo dental • Con criterio de riesgo se realizará topicaciones de flúor • Con criterio de riesgo se podrá realizar topicaciones de flúor o aplicación de flúor gel con cubetas • Uso de hilo dental 	
Control y mantenimiento	Semestral: dieta
EDUCACIÓN EN HIGIENE BUCAL	
Definición Es altamente comprobado el beneficio que tiene la educación y prevención para evitar la aparición de patologías bucales, en estos protocolos se indicará cuáles son las más recomendables para ser utilizados tanto en la casa como en el consultorio	
ADOLESCENTES Y ADULTOS	
<i>Cuidados en casa:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Uso de pasta dental • Práctica de técnica de cepillado correcta que abarque todas las caras de los dientes • Uso de hilo dental 	
<ul style="list-style-type: none"> • Uso de enjuague de flúor al 0.05% diario (en caso de utilizar aparatos ortodónticos y/o indicaciones del especialista) 	
<i>Cuidados en consultorio:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Profilaxis con o sin pasta fluorada, utilizando baja velocidad • Asesoría de la técnica de cepillado • Se indicará y demostrará prácticamente el uso del hilo dental 	
Control y mantenimiento	Control semestral en adolescentes y por lo menos una vez al año en adultos

Tabla 11
Distritos administrativos a nivel nacional actualizados
al VII Censo de población 2010

Código Distrital	Código Provincial	Provincia	Código Cantonal por Distrito	Descripción Del Distrito*	Población VII Censo 2010 INEC
0000	90	Zona No Delimitada	9004	El Piedrero	6324
0000	90	Zona No Delimitada	9003	Manga del Cura	20758
0000	90	Zona No Delimitada	9001	Las Golondrias	5302
01D01	01	Azuay	0101	Nulti, Paccha, Ricaurte, Llaao, Sidcay, Octavio Palacios, Checa, Chiquintad, Sinincay, San Joaquin, Sayausi, Machangara, Hmno Miguel, El Vecino, Totoracocho, Cañaribamba, San Blas, El Sagrario, Gil Ramirez Davalos, Bellavista	239693
01D02	01	Azuay	0101	Baños, Cumbe, Chaucha, Molleturo, Turi, Valle, Victoria del Portete, Tarqui, Gingeo, Santa Ana, San Sebastian, El Batan, Yanuncay, Sucre, Huayna Capac, Monay	265892
01D03	01	Azuay	0102-0106 0107-0108	Giron, Pucara, San Fernando, Santa Isabel	45045
01D04	01	Azuay	0111-0103	Chordeleg, Gualaceo	55286
01D05	01	Azuay	0104-0110	Nabon,Oña	19475
01D06	01	Azuay	0112-0114 0105-0113	El Pan, Guachapala, Paute, Sevilla de Oro	37828
01D07	01	Azuay	0115	Camilo Ponce Enriquez	21998
01D08	01	Azuay	0109	Sigsig	26910

02D01	02	Bolívar	0201	Guaranda	91877
02D02	02	Bolívar	0202	Chillanes	17406
02D03	02	Bolívar	0203-0205	Chimbo, San Miguel	43023
02D04	02	Bolívar	0206-0204 0207	Caluma, Echendia, Las Naves	31335
03D01	03	Cañar	0301-0302 0306	Azogues, Biblian, Deleg	96981
03D02	03	Cañar	0303	Cañar, El Tambo, Suscal	73814
03D03	03	Cañar	0304	La Troncal	54389
04D01	04	Cañar	0406-0401	San Pedro De Huaca, Tulcán	94122
04D02	04	Cañar	04050402	Montufar, Bolívar	44858
04D03	04	Cañar	0403-0404	Espejo, Mira	25544
05D01	05	Cotopaxi	0501	Latacunga	170489
05D02	05	Cotopaxi	0502	La Maná	42216
05D03	05	Cotopaxi	0503	Pangua	21965
05D04	05	Cotopaxi	0504-0506	Pujili, Saquisilí	94375
05D05	05	Cotopaxi	0507	Sigchos	21944
05D06	05	Cotopaxi	0505	Salcedo	58216
06D01	06	Chimbo- razo	0604-0601	Chambo, Riobamba	237626

06D02	06	Chimbo- razo	0602-0605	Alausi, Chunchi	56775
06D03	06	Chimbo- razo	0610-0608	Cumanda, Pallatanga	24466
06D04	06	Chimbo- razo	0603-0606	Colta, Guamote	90124
06D05	06	Chimbo- razo	0607-0609	Guano-Penipe	49590
07D01	07	El Oro	0705-0706 0709	Chilla, El Guabo, Pasaje	125299
07D02	07	El Oro	0701	Machala	245972
07D03	07	El Oro	0703-0711 0713	Atahualpa, Portovelo, Zaruma	42130
07D04	07	El Oro	0704-0708 0710	Balsas, Marcabeli, Piñas	38299
07D05	07	El Oro	0702-0707 0714	Arenillas, Huaquillas, Las Lajas	79923
07D06	07	El Oro	0712	Santa Rosa	69036
08D01	08	Esmeral- das	0801	Esmeraldas	189504
08D02	08	Esmeral- das	0802	Eloy Alfaro	39739
08D03	08	Esmeral- das	0803-0806	Muisne, Atacames	70000
08D04	08	Esmeral- das	0804	Quininde	122570
08D05	08	Esmeral- das	0805	San Lorenzo	42486
08D06	08	Esmeral- das	0807	Rioverde	26869
08D07	08	Esmeral- das	0808	La Concordia	42924
09D01	09	Guayas	0901	Ximena 1	305431

09D01	09	Guayas	0901	Puna, Estuario del Rio Guayas	11659
09D02	09	Guayas	0901	Ximena 2	239508
09D03	09	Guayas	0901	García Moreno, Letamendi, Ayacucho, Olmedo, Bolívar, Sucre, Urdaneta, 9 De Octubre, Rocafuerte, Pedro Carbo, Roca	229740
09D04	09	Guayas	0901	Febres Cordero	350602
09D05	09	Guayas	0901	Tarqui-1, Tenguel	258263
09D06	09	Guayas	0901	Tarqui-2	293135
09D07	09	Guayas	0901	Pascales-1	254431
09D08	09	Guayas	0901	Pascales-2	310090
09D09	09	Guayas	0901	Tarqui-3	42555
09D010	09	Guayas	0901	Progreso, El Morro, Posorja, Guayaquil Area De Expansion	55501
09D011	09	Guayas	0902-0922	Alfredo Baquerizo Moreno, Simon Bolívar	50662
09D012	09	Guayas	0903-0911	Balao, Naranjal	89535
09D013	09	Guayas	0904-0905 0913	Balzar, Colimes, Palestina	93425
09D014	09	Guayas	0928-0924 0914	Isidro Ayora, Lomas De Sargentillo, Pedro Carbo	72719

09D015	09	Guayas	0908	Empalme	74451
09D016	09	Guayas	0909-0927	El Triunfo, Gnral. Antonio Elizalde	55420
09D017	09	Guayas	0910	Milagro	166634
09D018	09	Guayas	0923-0912	Crnel. Marcelino Maridueña, Naranjito	49219
09D019	09	Guayas	0906-0925 0918	Daule, Nobol, Santa Lucia	178849
09D020	09	Guayas	0919	Salitre	57402
09D021	09	Guayas	0920	San Jacinto De Yaguachi	60958
09D022	09	Guayas	0921	Playas	41935
09D023	09	Guayas	0916	Samborondon	67590
09D024	09	Guayas	0907	Duran	235769
10D01	10	Imbabura	1001-1005 1006	Ibarra, Pimampiro, San Miguel De Urcuqui	209816
10D02	10	Imbabura	1002	Antonio Ante, Otavalo	148392
10D03	11	Imbabura	1003	Cotacachi	40036
11D01	11	Loja	1101	Loja	214855
11D02	11	Loja	1103-1105 1116	Catamayo, Chaguarpamba, Olmedo	42669
11D03	11	Loja	1109	Paltas	23801
11D04	11	Loja	1104-1114 1110	Celica, Pindal, Puyango	38626
11D05	11	Loja	1106	Espindola	14799

11D06	11	Loja	1102-1107 1115	Calvas, Gonzanama, Quilanga	45238
11D07	11	Loja	1108-1112	Macara, Sozoranga	26483
11D08	11	Loja	1111	Saraguro	30183
11D09	11	Loja	1113	Zapotillo	12312
12D01	12	Los Rios	1202-1201 1203	Baba, Babahoyo, Montalvo	217621
12D02	12	Los Rios	1204-1206	Pueblo Viejo, Urdaneta	65740
12D03	12	Los Rios	1212-1205	Mocache, Quevedo	211967
12D04	12	Los Rios	1213-1207	Quinsaloma, Ventanas	83027
12D05	12	Los Rios	1209-1208	Palenque, Vinces	94056
12D06	12	Los Rios	1210-1211	Buena Fe, Valencia	105704
13D01	13	Manabi	1301	Portoviejo	280029
13D02	13	Manabi	1321-1308 1309	Jaramijo, Manta, Montecristi	315257
13D03	13	Manabi	1306-1319	Jipijapa, Puerto Lopez	91534
13D04	13	Manabi	1316-1313 1318	24 De Mayo, Santa Ana, Olmedo	86075
13D05	13	Manabi	1304	El Carmen	89021
13D06	13	Manabi	1307-1302	Junin, Bolivar	59677
13D07	13	Manabi	1303-1305	Chone, Flavio Alfaro	151495
13D08	13	Manabi	1311	Pichincha	30244
13D09	13	Manabi	1310	Pajan	37073
13D010	13	Manabi	1320-1317	Jama, Pedernales	78381
13D011	13	Manabi	1322-1314	San Vicente, Sucre	79184
13D012	13	Manabi	1312-1315	Rocafuerte, Tosagua	71810

14D01	14	Morona Santiago	1401	Morona	41155
14D02	14	Morona Santiago	1407-1411 1404	Huamboya, Pablo Sexto, Palora	17225
14D03	14	Morona Santiago	1410-1406	Logroño, Sucua	24041
14D04	Z04	Morona Santiago	1402-1408	Gualaquiza, San Juan Bosco	21070
14D05	14	Morona Santiago	1409	Taisha	18437
14D06	14	Morona Santiago	1403-1405 1412	Limon Indanza, Santiago, Tiwintza	26012
15D01	15	Napo	1503-1509 1501	Archidona, Carlos Julio Arosemena Tola, Tena	89513
15D02	15	Napo	1504-1507	El Chaco, Quijos	14184
16D01	16	Pastaza	1601-1602 1603	Pastaza, Mera, Santa Clara	77442
16D02	16	Pastaza	1604	Arajuno	6491
17D01	17	Pichincha	1701	Nanegal, Pacto, Gulea, Nanegalito	12485
17D02	17	Pichincha	1701	Calderon, Llano Chico, Guayllabamba	179128
17D03	17	Pichincha	1701	Puellaro, Chavezpamba, Atahualpa, S.J Minas, Perucho, El Condado, Ponceano, San Antonio, Nono, Cotocollao, Pomasqui, Calacali, Comite del Pueblo, Carcelen	361269
17D04	17	Pichincha	1701	Puengasi, Centro Historico, San Juan, La Libertad, Itchimbia	223576

17D05	17	Pichincha	1701	Concepcion, Mariscal Sucre, Belisario Quevedo, San Isidro Del Inca, Rumipamba, Kennedy, Nayon, Iñaquito, Cochabamba, Jipijapa, Zambiza	387310
17D06	17	Pichincha	1701	Chilibulo, San Bortolo, Chimbacalle, La Argelia, Solanda, Lloa, La Mena, La Magdalena, La Ferroviaria	429775
17D07	17	Pichincha	1701	Chillogallo, Guamani, Quitumbe, Turubamba, La Ecuatoriana	321478
17D08	17	Pichincha	1701	Conocoto, Pintag, Amaguaña, Alangasi, Guangopolo, La Merced	166812
17D09	17	Pichincha	1701	Tumbaco, Cumbaya, Pifo, Yaruqui, El Quinche, Puenbo, Checa, Tababela	157358
17D10	17	Pichincha	1702-1704	Cayambe, Pedro Moncayo	118967
17D11	17	Pichincha	1703-1705	Mejia, Rumiñahui	167187
17D12	17	Pichincha	1708-1709 1707	Pedro Vicente Maldonado, Puerto Quito, San Miguel De Los Bancos	50942
18D01	18	Tungurahua	1801	Augusto N. Martinez, Constatino Fernandez, Cunchibamba, Izamba, Pasa, Quisapincha, San Bartolome De Pinillo, San Fernando, Unamuncho, Ambatillo, Atahualpa, La Peninsula, La Merced, Atocha Ficoa, La Matriz, San Francisco	146096
18D02	18	Tungurahua	1801	Huachi Grande, Juan Benigno Vela, Montalvo, Picaigua, Pilahuin, Santa Rosa, Totoras, Celiano Monge, Huachi Chico, Huachi Loreto, Pishilata	183760
18D03	18	Tungurahua	1802	Baños de Agua Santa	20018
18D04	18	Tungurahua	1805-1807	Patate, San Pedro de Pelileo	70070

18D05	18	Tungurahua	1808	Santiago De Pillaro	38357
18D06	18	Tungurahua	1803-1804 1806-1809	Cevallos, Mocha, Quero, Tisaleo	46282
19D01	19	Zamora Chinchipe	1904-1901	Yacuambi, Zamora	31345
19D02	19	Zamora Chinchipe	1907-1903	Centinela del Cóndor, Nangaritzta, Paquisha	15529
19D03	19	Zamora Chinchipe	1902-1908	Chinchipe, Palanda	17208
19D04	19	Zamora Chinchipe	1906-1905	El Pangui, Yantzaza	27294
20D01	20	Galapagos	2002	San Cristobal, Santa Cruz, Isabela	25124
21D01	21	Sucumbios	2106-2102 2105	Cascales, Gonzalo Pizarro, Sucumbios	23093
21D02	21	Sucumbios	2101	Lago Agrio	91744
21D03	21	Sucumbios	2107-2103	Cuyabeno, Putumayo	17307
21D04	21	Sucumbios	2104	Shushufindi	44328
22D01	22	Orellana	2203	La Joya de Los Sachas	37591
22D02	22	Orellana	2204-2201	Loreto, Orellana	93958
22D03	22	Orellana	2202	Aguarico	4847
23D01	23	Santo Domingo De Los Tsachilas	2301	Alluriquin, Luz De America, Esfuerzo, Toachi, Periferia, Rio Verde, Santo Domingo, Zaracay, Rio Toachi, Chiguilpe	195073
23D02	23	Santo Domingo De Los Tsachilas	2301	San Jacinto Del Bua, Valle Hermoso, Puerto Limon, Periferia 2, Abraham Calazacon, Bomboli	172940
24D01	24	Santa Elena	2401	Santa Elena	144076
24D02	24	Santa Elena	2402-2403	La Libertad, Salinas	164617
					14483499

***Los Cantones de Quito, Guayaquil, Ambato, Santo Domingo de los Tsachilas y Cuenca se subdividen en distritos (nivel parroquial) por su alta densidad poblacional**

Fuente: INEC

ANEXO 4

ASIS, MAPA PARLANTE, SALA SITUACIONAL

Diagnóstico Situacional

c. Diagnóstico Situacional
 El desafío del Modelo de Atención es resolver los problemas de salud a las necesidades de la población, potenciando la capacidad de la misma de influir positivamente en su vida y su entorno.
 El diagnóstico situacional debe realizarse con la participación de los actores locales y se orienta a identificar las necesidades de salud, los problemas y prioridades de intervención y las potencialidades para el cuidado de la salud, que permitan la construcción participativa del plan estratégico y planes operativos de intervención estableciendo cronogramas y responsabilidades tanto de los equipos de salud como de la comunidad y las instituciones locales.
 El diagnóstico de salud es de aproximación a la realidad local, implica contar con información y análisis de los determinantes de la salud a nivel biológica, económica, social, cultural, ambiental, que inciden sobre la calidad de vida y sobre los procesos individuales y colectivos de la salud, la enfermedad, la invalidez o la muerte. El propósito básico del Diagnóstico Situacional es analizar las causas y consecuencias de los procesos salud-enfermedad en la comunidad, así como identificar las condiciones y necesidades particulares de la población



Pasos para el diagnóstico de la situación inicial de salud⁴⁵

Papel del equipo de salud.

El contenido de las sesiones con los actores sociales implicados para definir el análisis de situación de salud en el nivel local, requiere de una excelente conducción por parte del equipo de salud. El equipo de salud debe manejar con pericia la información relativa a los problemas de salud; y sobre las necesidades de salud de los espacios-población, que, además se complementará con la información de los actores sociales; es decir, estos participaran aportando otras informaciones subjetivas y cualitativas, de gran valor

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

⁴⁵ Formato de ASIS (Anexo 3)

Definición:
El diagnóstico de la situación inicial de salud, (DSIS) es el conjunto de aproximaciones a la explicación de la situación de salud – enfermedad de un espacio-población, según sus necesidades por condiciones de vida y los problemas de salud que se generan de las realidades biológicas, sanitaria, sociales, económicas, demográficas, ambientales, culturales y de los servicios. Es un proceso compartido entre actores sociales mediante el cual se describe y explica, en un momento dado, la situación de salud de un espacio - población
Finalidad:
Proporciona información que facilita la toma de decisiones para mejorar la situación de salud Caracteriza, mide y explica el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud, así como sus determinantes, sean éstos competencia del sector salud o de otros sectores Facilita la identificación de necesidades y prioridades en salud, así como la identificación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto en salud. ⁴⁶ Permite y facilita la presentación, distribución y difusión de la información en salud, para coordinar y colaborar intra e intersectorialmente con los actores sociales involucrados Aporta evidencia para la planificación, conducción estratégica de la prestación de los servicios y la asignación de recursos a nivel institucional según necesidades reales Desarrolla la capacidad de negociación con otros sectores y la comunidad Direcciona el desarrollo organizacional: definición de niveles resolutivos, definición de indicadores para el monitoreo y evaluación de los compromisos de gestión Permite observar la heterogeneidad de la población, con la finalidad de elaborar respuestas específicas que permitan resolver sus necesidades propias
Objetivo General:
Generar información sobre las condiciones del proceso salud enfermedad de la población y sus determinantes; identificando problemas, riesgos, necesidades y factores protectores a fin de promover respuestas integrales, integradas pertinentes, efectivas y de calidad, por parte de los actores sectoriales, institucionales y ciudadanos
Objetivos Específicos:
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar la magnitud y distribución de los problemas de salud y sus determinantes • Actualizar el mapa parlante del espacio población de intervención • Elaborar de manera participativa un plan de intervención que permita fortalecer los factores protectores de la salud, pero además mitigar y resolver los riesgos para la salud de la población • Elaborar y monitorear el cumplimiento de indicadores, que permitan valorar las respuestas generadas a los problemas de salud • Entregar a la Jefatura del Área de Salud, información que le permita elaborar el DSIS del área
Ámbitos para realizar el DSIS:
El DSIS se realiza para llenar el primer paso, muy importante, en la planificación y gestión local de la salud. El abordaje se hace desde una división programática de servicios de salud (área de salud), o división político administrativa (parroquial, cantonal, provincial, regional o nivel nacional); cada una de estos ámbitos tiene metodologías y técnicas específicas, tanto cuantitativas como cualitativas, para recopilar, procesar y analizar la información. ⁴⁷

4647

⁴⁶ OPS, 199⁴⁷ CASTILLO, Alcira, Sáenz, Rocío, Céspedes, Virginia, López, M.E. Análisis de Situación de Salud para el sector salud de los EBAIS. Editorial. EDNASSS. San José, Costa Rica. 2000.

Los actores responsables del DSIS:	
El diagnóstico de situación de salud es un proceso práctico donde los actores sociales se involucran para hacer efectiva y real la participación social, con decisión, autonomía y respeto. Estas condiciones generan compromiso hacia la acción y favorecen la construcción social de la salud individual y colectiva. ⁴⁸	
Actores Sociales: Se entiende por actor social a los sujetos individuales o colectivos que desde sus intereses, detectan la capacidad de intervenir en forma significativa en una situación, o bien que cuentan con los recursos de poder que los torna estratégicos en la construcción de un proceso, en este caso el de la construcción colectiva del DSIS. Es importante tener en la unidad de salud un mapeo de actores con representatividad y cuál es su finalidad La conformación de los actores sociales puede ser individual o colectiva. Actor individual es un sujeto que tiene intereses en el área de salud y que ocupa una posición que lo coloca en una situación importante, que tiene peso e influencia en la comunidad. Actor colectivo es una agrupación de sujetos sociales, una organización, institución, etc. que se estructura y representa con actores sociales	
Ej. Individuales: miembros de organizaciones de base comunitaria, líderes comunales, representantes institucionales, líderes religiosos, miembros de la comunidad con intereses en el campo de la salud, personas con discapacidad o sus representante Ej. Colectivos: Representantes de Instituciones como los ministerios, u otras Instituciones que pueden ser públicos o privados, ONG, etc	
Actores Institucionales: Sectoriales de Salud: Son los representantes o funcionarios del sector salud, se debe tomar en cuenta, tanto de los sectores públicos, como privados con y sin fines de lucro Extra sectoriales: Representan a organizaciones sociales, con representación local pero que no realizan acciones de salud	
Momentos para la ejecución del DSIS:	
El DSIS contribuye a organizar el proceso de búsqueda de información, a orientar el análisis, la síntesis y a la creación, toda vez que se espera que el equipo de salud elabore, indague, profundice, integre y cree una propuesta de transformación de la situación de salud de su comunidad	
<ul style="list-style-type: none"> a. Asignación de la Población b. Identificación de las necesidades y problemas de la población (demanda) c. Identificación de la oferta de servicios de salud públicos y privados d. Determinación de prioridades en base a los determinantes de salud y factores de riesgo-protectores 	
a. Asignación de la Población.	
La unidad geográfico - poblacional	La unidad geográfica poblacional constituye la unidad el espacio básico de gestión de los servicios de salud; Esto es, la ubicación político-administrativa, la ubicación geográfica, los límites, el número de población, los recursos en infraestructura de salud, educación y otros de importancia El Ministerio de Salud Pública divide el sector salud, en zonas, distritos de salud; esto posibilita asignar responsabilidades específicas, identificar y solucionar problemas de salud en la población en un espacio y a una población definida

⁴⁸ Ver mapeo de actores

<p>Selección del espacio población (EEP) y análisis de la situación de salud</p>	<p>Como es lógico pensar, las unidades geográfico - poblacionales, entre más pequeñas sean tienden a ser más homogéneas que aquellas de mayor tamaño espacial y poblacional. Esto es que a cada uno de los espacios - población le podría corresponder diferentes variables o diferentes formas de abordaje de una misma variable; así como distintos procedimientos de recolección de información.</p>
<p>La priorización de los espacios-población (EEP).</p>	<p>Un procedimiento de uso generalizado es identificar los indicadores promedio de desventaja que son altos en los espacios población. Ej. La tasa de mortalidad infantil en el nivel nacional para el año 2007 fue de 18.1 x 1.000 n.v.; en Chimborazo esa misma tasa se calculó en 22.8.⁴⁹ Esas desventajas configuran la prioridad, este ejemplo puede servir también para priorizar a nivel local.</p> <p>Otro procedimiento es la utilización de la perspectiva de equidad, la que también aporta criterios para establecer prioridades en los espacios población, con respecto a las causas de enfermedad, lesión, condición o muerte evitable e injusta, cuando se dispone de la tecnología apropiada y los recursos necesarios. Ej. En Ecuador la mortalidad materna, independientemente del lugar donde se produzca, se considera injusta y evitable.⁵⁰ El porcentaje nacional de discapacidad es del 12%, si en la comunidad se encuentra un mayor porcentaje, es un criterio de prioridad</p>
<p>Características socio demográficas de la población.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Características geográficas: Características históricas, superficie, límites geográficos, red fluvial, componentes hidrográficos, altitud, clima, régimen de lluvias, presencia de sequías, temperatura media • Grupos prioritarios: etnia, género, generación, discapacidad, violencia • Características demográficas: Población total y según ciclos de vida, sexo, ocupación, número de nacimientos y muertes, tasa de fecundidad, total de familias, clasificación de familias por riesgo biológico, sanitario, socioeconómico.⁵¹ • Saneamiento y contaminantes: Fuentes de abastecimiento de agua, Calidad del agua de consumo, acceso de la población, frecuencia del servicio de abasto de agua, eliminación de residuos sólidos urbanos e industriales, etc • Fuentes de contaminación ambiental: localización, peligros potenciales, fuentes de agua contaminada, etc
<p>Estructura económica y social</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Este determinante de la salud es muy difícil de medir en realidad pero es necesario al menos evaluar los siguientes aspectos: • Situación laboral de la población: Posibilidad y nivel de empleo, instituciones para el disfrute del tiempo libre

⁴⁹ Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones. INEC 2007

⁵⁰ CASTILLO, Alcira y otros. Sistema de Información en Salud. Módulo No.7. Serie Administración de Sistemas Locales de Salud, Ministerio de Salud. San José, Costa Rica. 1988.

⁵¹ C.C.S.S. -MINISTERIO DE SALUD, Normas de Atención Integral de Salud, Primer Nivel de Atención, Costa Rica 1995.

	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajadores, jubilados, amas de casa, personas que reciben subsidios o bonos, personas con discapacidad desocupados o desempleados • Distribución por sectores laborales: agrícola, industrial • Vivienda: Características constructivas de las viviendas • Recursos de servicios públicos, transporte público, red vial • Educación: Alfabetización de la población, escolaridad promedio, integración de personas con discapacidad a educación regular, acceso a la enseñanza superior, etc • Prestaciones en salud: de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación, unidades de salud pública y privada, como funciona la red de servicios de salud • Acceso a servicios de la medicina ancestral y alternativas, como se coordina dentro de la red de servicios • Recursos humanos que prestan atenciones de salud, tanto de tipo occidental como ancestral y alternativo • Presupuesto, mecanismos, responsables y resultados
<p>Conducción y participación política</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Política Cantonal de Salud: organización, funcionamiento y adaptación a los lineamientos nacionales • Ministerio de Salud Pública, IESS y otros: coordinación y convenios • Política social: problemas y líneas de acción • Política ambiental: problemas y líneas de acción • Política de grupos prioritarios: problemas y líneas de acción • Política de promoción: líneas de acción • Desconcentración territorial de los servicios: grado de avance • Organismos multilaterales de cooperación: montos, destinos y avance de proyectos • Agencias de cooperación externa: montos, destinos, avance de proyectos y alineamiento con las políticas sanitarias locales
<p>Análisis de la Morbi- Mortalidad</p>	<p>a) Morbilidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Morbilidad general, materna e infantil: enfermedades y relación con los servicios • Morbilidad materna: programas y resultados morbilidad infantil: programas y resultados • Morbilidad de notificación obligatoria: enfermedades y los servicios • Morbilidad crónico-degenerativa: enfermedades y tendencias • Morbilidad dental: enfermedades y tendencias • Morbilidad por malnutrición: enfermedades, tendencias, servicios • Morbilidad por accidentes y violencia: enfermedades, tendencias, servicios • Morbilidad de adolescentes: programas y resultados • Morbilidad del adulto: programas y resultados Morbilidad del adulto mayor: programas y resultados • Morbilidad de la etnia indígena: programas y resultados Morbilidad y complicaciones de personas con discapacidad

	<p>b) Mortalidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad general: causas, cambios, tendencias. • Mortalidad materna: causas, evolución y problemas de los servicios y del registro • Mortalidad infantil: causas, evolución, comportamiento temporal y territorial • Mortalidad del adulto mayor: causas, cambios, indicadores, tendencias • Mortalidad por complicaciones de discapacidad • Años de Vida Saludable -AVISA- perdidos: edad promedio de muerte temprana, promedio de AVISA y problemas que ocasionan los AVISA.
Análisis Ambiental	<ul style="list-style-type: none"> • Agua potable: organización, financiamiento, acceso, contaminación, red pública • Eliminación de desechos líquidos: planes, normas de manejo, acceso, red pública • Eliminación de desechos sólidos: planes, normas de manejo, acceso, red pública • Eliminación de desechos sólidos: rellenos sanitarios, vertederos, reciclado e incineración, desechos peligrosos, red pública • Niveles de ruido por fábricas, tráfico, música, altoparlantes.
Análisis de Promoción	<ul style="list-style-type: none"> • Municipio Saludable: aplicación y resultado de las experiencias • Escuelas promotoras de la salud: avance y resultado de las experiencias • Eco clubes: avance y resultado de las experiencias • Auto cuidado y estilos de vida saludables: avances de la difusión y práctica • Educación para la salud: instrumentación y avances Comunicación social: concertación entre autoridades y medios
Análisis de Prevención	<ul style="list-style-type: none"> • Programas prioritarios: numero, características, organización, cobertura y problemas • Programas prioritarios: impacto en la reducción de morbilidad y mortalidad • Programas prioritarios: satisfacción de usuarios y participación social • Factores de riesgo de grupos vulnerables: programas y resultados.
Análisis de los Servicios de Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Grado de avance en la extensión de cobertura. • Red de establecimientos: oferta y necesidades • Red de establecimientos: estructura, proceso y resultados • Sistema de información: confiabilidad, oportunidad, pertinencia e integración • Tecnología de información: equipamiento, competencia de los responsables • Servicios de salud ancestral y alternativa.

<p>Análisis de la Participación Social</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gremios y sindicatos: nivel de intervención e impacto • Asociaciones ciudadanas y grupos de auto cuidado: avances en veeduría y apoyo social • Comunidad: apropiación, gestión participativa • Comités local de salud • Organizaciones Indígenas • Organizaciones de personas con discapacidad
<p>Análisis de la regulación sanitaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinación sectorial, sala situacional • Implantación de normas: avances, problemas y causas • Transferencia de competencias: conflictos y causas • Vigilancia sanitaria: inspección, medidas correctivas, sanciones • Sistema Común de Información: integración, confiabilidad, actualización, pertinencia, validación

b. Identificación de las necesidades y problemas de la población (DEMANDA).

Las necesidades de salud no se resuelven sólo con la intervención de los servicios de salud, se requiere de acciones intersectoriales, por lo tanto los servicios de salud deben responder a una demanda que presenta: aumento de los costos en salud, el envejecimiento de la población, el cambio del perfil epidemiológico, los cambios sociales y culturales de los usuarios del sistema, la presencia de nuevas tecnologías en salud y el modelo de atención que prioriza la promoción y prevención por sobre la curación

<p>Definición de problemas de salud</p>	<p>Por problemas de salud, entenderemos la brecha existente entre lo que un determinado actor social espera encontrar y lo que en realidad existe. Tradicionalmente los problemas de salud, entendidos como enfermedades, lesiones, condiciones o causas de muerte se enmarcaron en la dimensión bio- lógica o curativa. Esa forma de entender la salud de alguna manera dejaba las soluciones sólo en las manos del sector salud, en la actualidad se tienen otras claridades y abordajes, en especial porque se sabe que los problemas de salud trascienden la dimensión biológica y la de los servicios de salud, pues necesariamente involucran a otros actores sociales</p>
<p>Características de los problemas de salud⁵²</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dimensión subjetiva Los problemas de salud tienen en su definición una dimensión subjetiva que la aportan los actores sociales concernidos y no puede ser obviada. Ej. El embarazo en jóvenes adolescente en las comunidades rurales, tiene una percepción diferente del embarazo en muchachas de colegio de secundaria en el centro de la ciudad; por tanto, la priorización de este problema de salud, podría ser diferente • Periodo Los problemas de salud también se pueden identificar por los diferentes períodos del proceso salud-enfermedad (temprana, tardía). Ej. El cáncer de cérvix en mujeres en la provincia de El Oro (tardío - curativo). Mujeres con baja cobertura de (DOC) Papanicolaou en la provincia de El Oro (temprano - preventivo)

52

⁵³ O.P.S./O.M.S., Promoción de la salud y equidad en la transformación productiva. División de Promoción y Protección de la Salud.. Washington D.C. 1993.

	<p>• Potencialidad</p> <p>Los problemas de salud pueden ser identificados también como problema potencial (procesos que significan mayor riesgo) como los indicadores de condiciones de vida que se relacionan con los procesos patológicos. Ej. El saneamiento básico y su relación con el aumento del dengue, malaria o la parasitosis⁵³</p>
	<p>• Productos finales</p> <p>En general los problemas de salud se consideran productos finales, es decir, causas de muerte, enfermedades y accidentes, en los diferentes grupos sociales. Ej. Si la mortalidad infantil fuera un problema identificado (muertes), convendría incorporar otros indicadores de morbilidad asociados y los relativos al control prenatal</p>
<p>Necesidades de salud</p>	<p>Se operacionalizan con indicadores que expresan situaciones particulares en cada una de las dimensiones de las condiciones de vida: biológica, sanitaria, socio económica, ambiente, y conducta en el ámbito de la salud</p> <p>Este momento se construye con cuatro pasos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descripción de las necesidades de salud, según la categoría de condiciones de vida (dimensiones) en el espacio población • Identificación de las familias prioritarias, según riesgo familiar o necesidades de salud • Ubicación de las familias en el espacio-población o unidad geográfica poblacional, la elaboración del mapa parlante con las familias de riesgo es importante • La elaboración del mapa parlante es un paso importante en el DSIS

Identificación de la situación de la oferta de los servicios de salud⁵⁴

Cada institución del sector salud, mantiene un esquema de organización, gestión, provisión y financiamiento. Los servicios del MSP están organizados por niveles de complejidad:

I Nivel: El I nivel (complejidad baja), se encuentran los puestos de salud, subcentros de salud, centros de salud, los cuales ofrecen atención ambulatoria, fomento y promoción de la salud, prevención de la enfermedad y recuperación de la salud. Todos promueven acciones básicas de saneamiento ambiental y participación comunitaria

II Nivel: El II nivel (complejidad intermedia), conformados por hospitales básicos y hospitales generales, que además de la atención de I nivel, ofrecen hospitalización de corta estancia. El hospital básico ofrece atención ambulatoria y hospitalaria de medicina general, Gineco-obstetricia, pediatría y cirugía. El hospital general ofrece, además de lo mencionado, especialidades de acuerdo a su perfil epidemiológico y auxiliares diagnósticos y tratamiento de mayor complejidad. Los consultorios de especialidad clínico-quirúrgicos y los centros de especialidades, y los hospitales del día son parte de este nivel

III Nivel: El III nivel (complejidad alta), compuesto por los hospitales especializados y de especialidad, y los centros especializados que ofrecen hospitalización en una especialidad o subespecialidad y atiende a toda la población del país a través de referencia, además realizan docencia e investigación, están ubicadas en ciudades consideradas como polos de desarrollo y de mayor concentración poblacional

⁵³ República del Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Programa de Extensión de Cobertura en Salud. MSP, OPS/OMS, MODERSA, Mayo de 2004

⁵⁴ Para ampliar el tema revisar documento del MSP-Ecuador: O.P.S./O.M.S., Resúmenes Metodológicos en Epidemiología: Análisis de la situación de salud (ASIS), Boletín Epidemiológico, Vol 20. No 20. 3, septiembre 1999.

<p>Oferta de servicios</p>	<p>La oferta de servicios del MSP deben estar en estrecha coordinación con otras instituciones públicas (IESS, Policía, Militares, Junta de Beneficencia de Guayaquil, SOLCA, Instituciones municipales, etc.) y privadas</p> <p>El MSP tiene el mayor número de unidades de salud en los niveles I, II, III. El sector privado está integrado por entidades privadas con fines de lucro (hospitales, clínicas, dispensarios, centros especializados, consultorios, farmacias e instituciones de medicina prepagada) y los servicios de salud de organizaciones privadas sin fines de lucro como ONG, organizaciones populares de servicios médicos, asociaciones de servicio social, etc</p>
<p>Calidad de los servicios</p>	<p>Es importante conocer la calidad de los servicios que tanto el servicio público como el servicio privado brinda a la comunidad y un punto importante es el licenciamiento completo de las red de servicios unidades operativas y conocer si han completado un licenciamiento completo, licenciamiento condicional o si existen unidades de salud que no han cumplido el proceso de licenciamiento o no están licenciadas.⁵⁵</p>

d. Determinantes de la salud y determinación de prioridades

<p>Calidad de los servicios</p>	<p>Este paso se relaciona con la identificación y caracterización de la morbilidad, la mortalidad, u otras condiciones de salud en el área para identificar los problemas de salud que más intervienen en la comunidad. Adicionalmente se debe identificar los problemas de la oferta para resolver los problemas de la demanda, basados en información objetiva (indicadores, índices etc.) y sustentada. La búsqueda de la información necesaria para caracterizarlos en el ASIS es tarea del equipo de salud y existen varias fuentes de información, como el mismo MSP, otros ministerios, Instituciones como los gobiernos locales, ONGs que trabajan en la comunidad, grupos focales o líderes comunitarios locales, diagnósticos de salud de las organizaciones indígenas</p>
	<p>Este paso se relaciona con la identificación y caracterización de la morbilidad, la mortalidad, u otras condiciones de salud en el área para identificar los problemas de salud que más intervienen en la comunidad</p>
<p>Identificación de los determinantes de la salud y priorización de los problemas de salud</p>	<p>Adicionalmente se debe identificar los problemas de la oferta para resolver los problemas de la demanda, basados en información objetiva (indicadores, índices etc.) y sustentada</p> <p>La búsqueda de la información necesaria para caracterizarlos en el ASIS es tarea del equipo de salud y existen varias fuentes de información, como el mismo MSP, otros ministerios, Instituciones como los gobiernos locales, ONGs que trabajan en la comunidad, grupos focales o líderes comunitarios locales, diagnósticos de salud de las organizaciones indígenas</p>
	<p>La selección de las causas de morbilidad, mortalidad y otras condiciones, puede hacerse por el criterio de frecuencia en el espacio-población. Se utiliza también el criterio de causa evitable, esta última tiene un gran potencial para abordar la salud con enfoque de equidad</p>

⁵⁵ Consultar Licenciamiento del MSP.

<p>Identificación de los determinantes de la salud y priorización de los problemas de salud</p>	<p>La búsqueda de la información necesaria para caracterizarlos en el ASIS es tarea del equipo de salud y existen varias fuentes de información, como el mismo MSP, otros ministerios, Instituciones como los gobiernos locales, ONGs que trabajan en la comunidad, grupos focales o líderes comunitarios locales, diagnósticos de salud de las organizaciones indígenas</p>
<p>Selección de las causas de morbilidad, mortalidad y otras condiciones</p>	<p>La selección de las causas de morbilidad, mortalidad y otras condiciones, puede hacerse por el criterio de frecuencia en el espacio-población. Se utiliza también el criterio de causa evitable, esta última tiene un gran potencial para abordar la salud con enfoque de equidad</p> <p>Además, las causas se seleccionarán haciendo uso del peso que tengan al distribuirse por grupos etarios, por sexo, etnia y por ocupación (cuando tenga implicaciones biológicas o sociales importantes), según las condiciones de vida, o sea, por los grupos sociales de pertenencia en sus propios espacios-población</p>
<p>Matriz de Priorización</p>	<p>Resulta imposible abordar al mismo tiempo y con igual dedicación todos los problemas o requerimientos de una comunidad. Los criterios que deben ser utilizados para la priorización son:</p> <p>Magnitud.- A cuantos afecta o involucra el problema</p> <p>Frecuencia.- Cuantas veces se repite o presenta el problema</p> <p>Gravedad.- Cuanto o en qué nivel compromete la salud individual, familiar o comunitaria</p> <p>Factibilidad de cambio.- Condiciones políticas, socio-culturales y administrativo-organizativas que influyen en la resolución del problema</p> <p>Su técnica consiste en seleccionar un grupo de criterios y otorgarle un valor que puede ser 0, 1 o 2 para cada uno de los problemas analizados. La puntuación mayor, es decir; dos puntos, se le otorga a: alta gravedad, alto número de casos (frecuencia) alta repercusión en la población, factibilidad de cambio de acuerdo a los recursos disponibles, tendencia ascendente. Los otros valores, es decir; 1 y 0, se le otorgan a los que cumplan los requisitos en parte o no lo cumplan, respectivamente.⁵⁶</p> <p>Estos valores dado por cada participante, que realiza el DSIS es sumado por el moderador y posteriormente se obtiene la puntuación promedio para cada criterio en cada problema, la cual se coloca en la matriz confeccionada. Cuando concluye esta operación con todos los criterios y todos los problemas, se suman los valores obtenidos para cada criterio, con el fin de obtener la puntuación que corresponde a cada problema. Seguidamente los problemas se ubican comenzando por el de mayor puntuación y terminando por el de menor, quedando organizados así por orden de prioridad</p>

⁵⁶ Pría, M. del C. Bernal, I. Guía para la elaboración del Análisis de la situación de salud en la atención primaria. Revista cubana de medicina integral. 2006

Ejemplo de matriz de priorización:

Problema de salud o de servicio de salud	Magnitud	Frecuencia	Gravedad	Factibilidad de cambio	Valor Total
1. Mala calidad de agua en la comunidad de Tupi gachí	2	2	2	1	7
2. Alta prevalencia de Infecciones respiratorias agudas en niños	1	2	1	1	5

Una vez definidos los problemas priorizados, con amplia participación comunitaria, estos se integran hacia hipótesis diagnósticas mediante el análisis de la información pertinente, estableciendo entre ellos una correlación lógica y justificada

La enumeración ordenada y unificada de los grupos relacionados de problemas conduce el pensamiento hacia diagnósticos situacionales. Las hipótesis dudosas o no confirmadas deben ser aclaradas mediante la recopilación de información estadística adicional

El diagnóstico situacional orienta la formulación del plan de intervenciones diseñado para resolver los problemas planteados, aplicando la guía metodológica incluida en el conjunto de instrumentos operativos para el monitoreo y la evaluación que se encuentra en la planificación.⁵⁷

Diagnóstico Dinámico

El objetivo del diagnóstico dinámico es ir actualizando el diagnóstico situacional inicial en forma permanente, además de identificar oportunamente a los individuos y familias sanas y con posibles y potenciales riesgos, a los cuales mediante una planificación adecuada, se brindará intervenciones oportunas para el cuidado de su salud.

El diagnóstico dinámico se realizará a través de la siguiente información:

- Actualización del censo
- Mapeo de actores
- Mapa parlante

Guía Metodológica

1. ACTUALIZACIÓN DEL CENSO POBLACIONAL.-

- a. Actualización del censo: una vez realizado los censos para ajuste poblacional llevada a cabo por el distrito, se entregará a cada unidad para su actualización semestral.
- b. El equipo integral de salud deberá contar con información actualizada sobre:

⁵⁷ SAENZ, Lenin, Cantones Prioritarios en Salud, Documento Unidad Sectorial de Planificación, Ministerio de Salud, San José, Costa Rica.

- Individuos sanos, con riesgo, con enfermedad y con discapacidad (consta en la ficha familiar).
- Familias sanas, con riesgo, enfermedad, discapacidad
- Embarazadas
- Menores de un año
- Adultos mayores
- Personas con discapacidad
- Fallecimientos Personas con problemas de salud mental
- Personas expuestas a violencia intrafamiliar y maltrato infantil
- Personas y familias que requieren cuidados paliativos
- Otros de acuerdo a la realidad local. Por ej. Mordeduras de serpientes, episotias.⁵⁸

Esta información deberá ser actualizada por el TAPS y constará en el cuaderno del TAPS El equipo de salud una vez que recibe esta información:

- programará las acciones pertinentes: visita domiciliarias, brigadas medicas, ferias de salud entre otras, además deberá levantar las fichas familiares respectivas de los casos notificados por el TAPS.

- Atenderá en la unidad operativa y tomará los diagnósticos atendidos por morbilidad a partir de los partes diarios, SIVE Alerta y EPI 2, registros de referencia y contra referencia, historias de vida, diarios de campo (cuaderno epidemiológico) del TAPS y/o promotor de salud.

Mapeo de Actores

Definición:

Es el proceso que permite identificar las relaciones de las personas, sociedad civil organizada, delegaciones de gobierno, instituciones educativas, municipalidades, agencias de cooperación técnica; los niveles de poder y la posición en términos de apoyo indiferencia u oposición respecto de un "OBJETIVO CONCRETO" que se construye alrededor de una nueva forma de hacer salud, el nuevo Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural

Se basa en:

1. Levantamiento de información de actores individuales y colectivos con su representatividad y finalidad
2. Clasificar los actores por las acciones y los objetivos de su participación
3. Identificar funciones y roles de cada actor
4. Análisis de actores: relaciones predominantes, jerarquización del poder
5. Relaciones sociales de los actores

Objetivo general:

Identificar a los actores públicos, privados y sociales que están involucrados en el desarrollo del espacio territorial asignado, sus proyectos y relaciones, acordando con quienes de ellos sería favorable concertar y coordinar las acciones locales

Objetivos específicos:

- Identificar a los distintos actores públicos, privados, sociales que están involucrados en los procesos de salud en un espacio población de cobertura

⁵⁸ Enfermedad que afecta simultáneamente gran número de animales de la misma especie o de especies diferentes. Por ejemplo: rabia, gripe aviar, porcina.

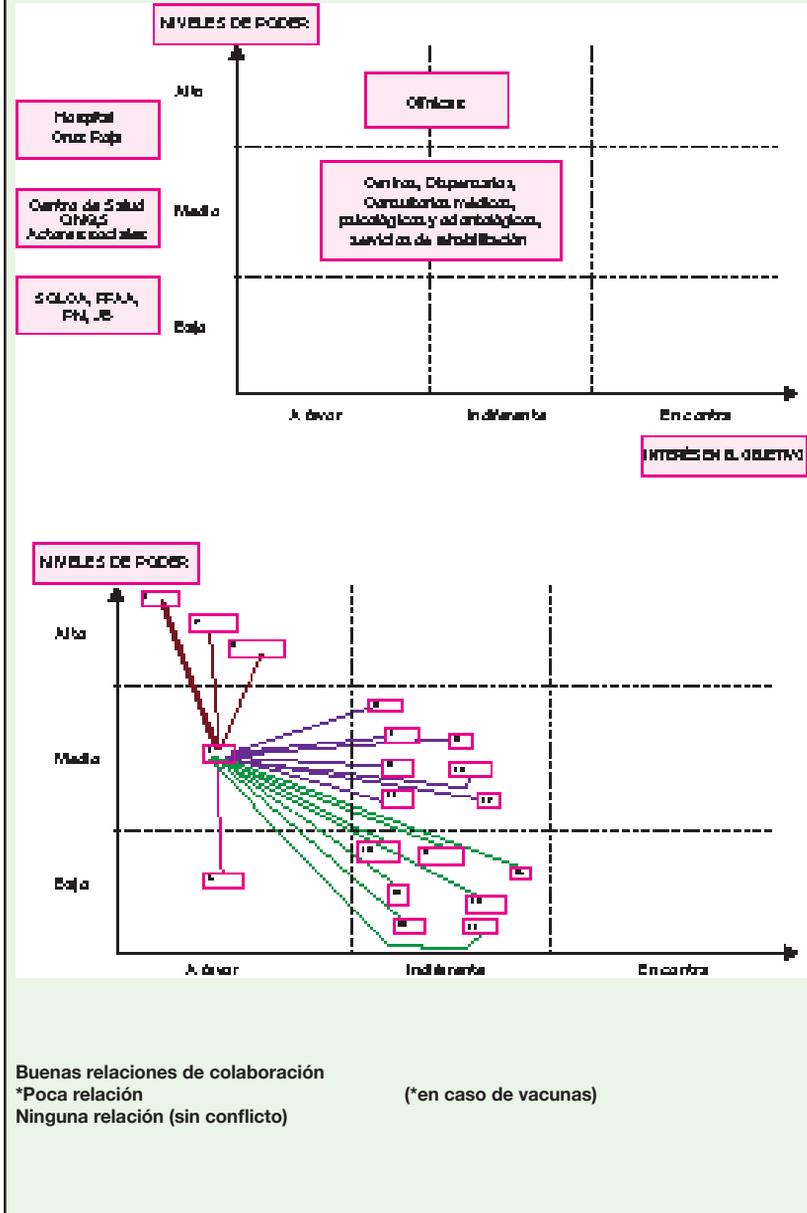
<ul style="list-style-type: none"> • Conocer las relaciones y acciones que desempeñan los actores en el ámbito territorial prevaleciendo la sinergia y cooperación • Realizar un análisis que permita la toma de decisiones concertadas, con respecto a mejorar la calidad de vida de la población • Fortalecer la rectoría en salud a través de la conformación de la red de actores locales 	
<p>Metodología:</p> <p>Para elaborar el mapa de actores y relaciones se debe:</p> <p>Socializar y sensibilizar la participación activa y empoderamiento de acciones encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población</p> <p>Identificar funciones, roles y mandatos de los principales actores públicos, privados y sociales involucrados en los procesos salud enfermedad del territorio para conformar una red de servicios con lineamientos enfocados al desarrollo común de la población en su ámbito geográfico No olvide incluirse y/o incluir a su organización en el mapa</p> <p>Analizar el rol de los actores tanto en el diagnóstico, planificación y evaluación en el proceso de desarrollo y mejoramiento de la salud</p>	
<p>Resultado esperado y forma de presentación:</p> <p>El resultado esperado es haber conocido los roles, posición y potencial de competitividad para generar acciones conjuntas en un futuro cercano</p> <p>Para ver la utilidad en la solución de los problemas de salud, es necesario preguntarnos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son las instituciones que tienen mayor liderazgo en el territorio para fomentar el proceso que iniciamos? y ¿quiénes pueden ser? • ¿Con cuáles de ellos estaríamos dispuestos a hacer alianzas? • ¿Cuál es la posición de nuestra organización dentro de este Mapa de Actores? • ¿Existen espacios de concertación en el territorio que puedan ser aprovechados para la puesta en marcha de iniciativas locales? 	
<p>Pasos para realizar el mapa de actores:</p>	
<p>Paso 1</p>	<p>Objetivo concreto: Definir el "OBJETIVO CONCRETO" y realizar la clasificación de actores. El Equipo Integral de Salud debe definir desde su inicio.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin: 10px 0;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #d9ead3; width: 30%;"> <p>¿Para qué quiero tener un mapeo de actores? ¿Cuál es la finalidad de tener un mapeo de actores? ¿Cuál será la función de este mapeo de actores?</p> </div> <div style="font-size: 2em; margin: 0 10px;">↔</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #d9ead3; width: 30%;"> <p>No como instrumento sino como sujetos sociales organizados</p> </div> </div> <p>Y determinar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que instituciones, grupos organizados o personas individuales, forman parte del Sistema Nacional de Salud, es por ello que el mapeo se hace necesario para identificar en forma concreta los posibles actores que se vincularán, que tipo de relaciones se establecerá con ellos y cuál será el nivel de participación de cada uno

	<ul style="list-style-type: none"> • Mediante una lluvia de ideas hacer un listado de los diferentes actores que tiene una influencia positiva, negativa o neutral en la propuesta de intervención, investigación, proyecto o programa. Luego clasificarlos por grupos de actores, con la finalidad de hacer un reconocimiento de los más importantes que intervienen en la propuesta, se plantea la siguiente clasificación de grupo de actores <ol style="list-style-type: none"> 1. Instituciones públicas, conformadas por las entidades de gobiernos locales y/o centrales 2. Instituciones privadas, conformadas por empresas privadas que puedan contribuir y/o participar en el proyecto 3. Organizaciones sin fines de lucro. conformadas por las Organizaciones no Gubernamentales (ONGs) 4. Organizaciones sociales 5. Profesionales de la salud en su práctica privada, incluyendo servicios de estimulación temprana, consultorios médicos, de obstetrices, terapias variadas, rehabilitación, cuidados paliativos, proveedores de medicinas alternativas
<p>Paso 2</p>	<p>Identificación de funciones de cada actor</p> <p>El objetivo es reconocer las principales funciones de los actores sociales e institucionales en la propuesta de intervención; así como identificar las posibles acciones que podrían desarrollar los mismos perfilando una red de alianzas interinstitucionales en relación con la propuesta de organizar la Red Pública y Complementaria de Salud</p>
<p>Paso 3</p>	<p>Análisis de los actores</p> <p>Realizar el análisis de los actores siguiendo las dos siguientes categorías planteadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relaciones predominantes • Niveles o jerarquización de poder <p>Con ello se busca realizar un análisis cualitativo de los diferentes actores de cara a los procesos participativos</p> <p>Relaciones predominantes:</p> <p>Se definen como las relaciones de afinidad (confianza) frente a los opuestos (conflicto), en la conformación de la Red Pública y Complementaria en Salud. Se considera los siguientes aspectos:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. A favor: predomina las relaciones de confianza y colaboración mutua b. Indeciso/indiferente: Predomina las relaciones de afinidad pero existe una mayor incidencia de las relaciones antagónicas c. En contra: el predominio de relaciones es de conflicto <p>Jerarquización del poder:</p> <p>Se define como la capacidad del actor de limitar o facilitar las acciones que se emprenda con la intervención. Se considera los siguientes niveles de poder:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Alto: predomina una alta influencia sobre los demás b. Medio: La influencia es medianamente aceptada c. Bajo: no hay influencia sobre los demás actores <p>Elaboración de la matriz de mapa de actores</p> <p>Elaborar un cuadro de doble entrada en donde cada columna (eje vertical) esté determinada por los tres grados de poder que puede poseer cada actor (alto, medio, bajo) y cada fila (eje horizontal) esté identificada por la posición de cada actor respecto a la propuesta de conformar la Red Pública y Complementaria (a favor, indiferentes y opuestos)</p>

Paso 4	Mediante la discusión entre los participantes, se procederá a la ubicación de cada actor identificado en el cuadro de acuerdo con su nivel de posición y grado de poder, de tal manera, ir tejiendo el mapa de actores					
	Grupo de actores sociales	Actor o Representante	Rol/ Funcion en el proyecto	Posible acción o intereses	Relación Predominante	Jerarquización de su poder
	Clasificación de los diferentes actores sociales en un espacio preciso	Conjunto de personas con intereses homogéneos que participan en un proyecto o propuesta NOMBRE	Funciones que desempeña cada actor y el objetivo que persigue con sus accionar	Cuáles serían sus intereses y sus acciones frente a esos intereses	Se define como las relaciones de afinidad (confianza) frente a los opuestos (conflicto) 1. A favor 2. Indiferente 3. En contra	Capacidad del actor de limitar o facilitar las acciones 1. Alto 2. Medio 3. Bajo
Paso 5	<p>Reconocimiento de las relaciones de coordinación:</p> <p>El propósito es identificar y analizar el tipo de relaciones que existen entre los diferentes actores identificados, por ejemplo: relación fuerte de coordinación y trabajo conjunto, relación débil con poca o casi ninguna coordinación y relación de conflicto. Se plantea los siguientes niveles de relaciones sociales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relaciones de fuerte colaboración y coordinación • Relaciones débiles o puntuales • Relaciones de conflicto 					
Paso 6	<p>Reconocimiento de las redes sociales existentes:</p> <p>Se identifica las redes existentes y el conjunto de acciones que deben tomar. Por ejemplo se puede identificar redes sociales que coordinan actividades en común para la gestión de riesgos en su comunidad, grupos que presentan relaciones que requieren ser fortalecidos y los que presentan relaciones de conflicto. A partir de ello se puede plantear estrategias para trabajar con las redes consolidadas y para fortalecer las relaciones entre los grupos que presentan relaciones débiles.⁵⁹</p>					

⁵⁹ Elaborado por Antonio Pozo Solís Lima, Febrero 2007 <http://www.preval.org/boletin/index.php?boletin=85>

Gráfico 1



<p>Listado de Instituciones</p> <p>1 Hospital General</p> <p>2 IESS</p> <p>3 Cruz Roja</p> <p>4 Centro de Salud</p> <p>5 SOLCA, FFAA,PN, JB</p>	<p>Clínicas</p> <p>6 Los Andes</p> <p>7 Sta. Cecilia</p> <p>8 FAE</p> <p>9 Continental</p> <p>10 Latacunga</p> <p>11 San Agustín</p>	<p>12 CEMEDIC</p> <p>13 Centros Médicos</p> <p>14 Dispensarios médicos</p> <p>15. Consultorios obstétricos y/médicos</p> <p>16 Consultorios odontológicos</p> <p>17 Consultorios psicológicos</p> <p>18 Servicios de rehabilitación</p> <p>19 ONG;s.</p> <p>20 Actores sociales</p>
---	--	---

f. Mapa parlante

Los mapas parlantes son instrumentos técnicos y metodológicos que permiten conocer en forma gráfica a los actores sociales, el proceso vivido por los actores locales, los factores de riesgo y de protección: ambiental, estilos de vida, sanitario y biológico

Para la elaboración de los mapas parlantes se debe utilizar los mapas disponibles en el distrito, o a su vez se los elabora conjuntamente con la población en talleres, asambleas

La elaboración del mapa base deberá partir dentro de lo posible, de documentos cartográficos existentes y actualizados. A continuación se listan varias instituciones que disponen de cartografía que pueden servir de base para que el equipo de salud construya el mapa parlante

- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, INEC, que dispone de mapas y planos censales urbanos y rurales
- Instituto Geográfico Militar, IGM, dispone de mapas planimétricos
- Municipios, Consejos Provinciales y Juntas Parroquiales disponen de planos y mapas, fundamentalmente sus departamentos de Planificación y Catastros
- Empresas de agua potable y luz eléctrica
- Sistema Nacional de Erradicación de la Malaria, Sobre todo en zonas rurales de la costa
- Se puede imprimir bajando el mapa de internet

El mapa parlante será actualizado periódicamente con los datos obtenidos de los diagnósticos dinámicos. Los pasos a seguir para la elaboración del mapa son los siguientes:

COMO ELABORAR EL MAPA PARLANTE:

Paso 1. Elaboración del croquis:

Se elabora el gráfico o dibujo a partir de uno o más documentos cartográficos señalados anteriormente, se identifican accidentes geográficos, ríos, quebradas, las vías de comunicación, fuentes acuíferas, áreas de cultivo, áreas de pastoreo, áreas forestales, las viviendas, unidades de salud, unidades educativas, edificios importantes, mercados, entre otros

Su dimensión es de: 1.20 m. de largo por 90 cm ancho.

Paso 2. Proceso para la sectorización urbana y rural

Numeración de manzanas



La numeración de las manzanas se utilizará la existente y asignada por los gobiernos locales, de no existir se realizará en dependencia de la ubicación de la unidad operativa:

Si la unidad se encuentra ubicada en el centro de la zona de cobertura la numeración es en sentido centrífugo (de adentro hacia afuera) y siguiendo la dirección de las manecillas del reloj, se utilizará los números arábigos 1,2,3,4

Si la unidad se encuentra en la periferia la numeración es centripeta es decir de fuera hacia adentro siguiendo las manecillas de reloj

Numeración de sectores:



La zona de cobertura se subdivide en cuatro sectores, apoyándose en los accidentes naturales (calles, avenidas, quebradas, ríos, etc.) que pudieran existir; cada uno de ellos se identificarán con números romanos y de manera secuencial siguiendo las manecillas del reloj

Esta subdivisión es facultativa pues a nivel de zonas rurales de población dispersa, suele resultar muy difícil esta subdivisión

Cuando sea posible sobre todo en zonas urbanas, hay que tratar de que cada sector tenga un número similar de manzanas

Numeración de viviendas



Las viviendas se numerarán secuencialmente en cada una de las manzanas, partiendo con la vivienda No. 1 del extremo superior izquierdo de la primera manzana, continuando la numeración ascendente siguiendo la dirección de las manecillas del reloj, sin romper la secuencia en la manzana No. 2 y subsiguientes

Los lotes baldíos y las casas en construcción no recibirán numeración

Identificación de Familias



A cada familia se le asignará un orden numérico (números y letras mayúsculas); el número será el mismo asignado a la vivienda, acompañado de la letra A. Cuando exista dos o más familias habitando en la vivienda, se mantendrá el mismo número y se añadirá la letra que corresponda, en orden alfabético

Sectorización en áreas dispersas:

Generalmente no existen manzanas y es difícil o imposible conformar sectores, en estos casos para la identificación y numeración de las viviendas pueden servir los referentes locales como accidentes geográficos, vías de comunicación etc.; o cualquier otra que se adecue más a la realidad local. Lo importante es que exista la máxima claridad en el diseño del mapa del territorio que debe cubrir el equipo de salud

En los centros rurales a menudo deben realizarse varios croquis. El primero de ellos es global, poco detallado e identifica todas las poblaciones y comunidades de la zona de influencia. Los demás deben elaborarse para cada población y comunidad con el debido detalle

Paso 3. Identificación de sectores y familias de riesgo

Se realiza una convocatoria a los actores de la Red a los cuales se les socializa el proceso de construcción y/o actualización de los mapas parlantes enfatizando al mismo tiempo la importancia de la participación organizada en la construcción de dichos instrumentos, la utilidad en los diagnósticos, auto evaluación progresiva y la utilidad para permitir una planificación que mejore la salud de la población

Al grupo de actores se le presenta el mapa debidamente sectorizado y numerado de las manzanas y viviendas; se solicita entonces que identifique en los sectores cuales son los de mayor riesgo utilizando la siguiente matriz A cada uno de los criterios se le dará una valoración de manera semicuantitativa utilizando la escala de Liker: 1 (bajo), 2 (medio), 3 (alto) con votación individual de los integrantes del grupo, luego se sumarán horizontalmente y el resultado se lo ubicará en la columna total. El sector de mayor puntuación será entonces la base de trabajo del equipo y la comunidad

Ejemplo:

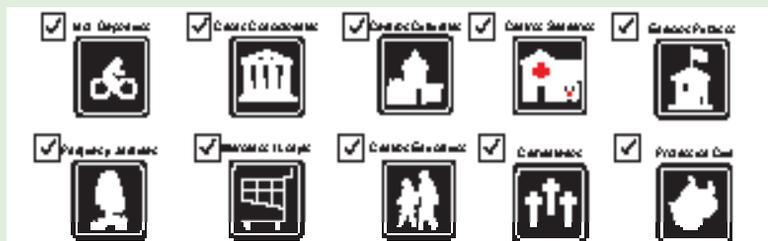
EJEMPLO DE SELECCIÓN DE SECTORES PRIORITARIOS

SECTORES	DIFÍCIL ACCESO GEOGRÁFICO A SERVICIOS DE SALUD	POBREZA	AGUA INSEGURA	ELIMINACIÓN INADECUADA DE BASURA	TOTAL	ORDEN DE PRIORIDAD
SECTOR I	3+3+3=9	=3	=5	=4	21	3
SECTOR II	=12	=8	=9	=9	38	2
SECTOR III	=18	=12	=12	=14	56	1
SECTOR IV	=3	=12	=6	=3	14	4

Elaborado por: Equipo SEPPS 2011

Luego se solicita a los participantes que identifique familias que ellos las consideren de riesgo dentro de su comunidad, estas serán ubicadas en el mapa para su posterior diagnóstico a través de la ficha familiar (SELECCIÓN POR LA COMUNIDAD,) y seguimiento

Simbología.



Es necesario adoptar un sistema de símbolos estandarizados para dar a conocer en el mapa parlante los límites político administrativos de la comunidad para lo cual se tomará como referencia la simbología de la cartografía de los gobiernos locales

Para la presentación de mapas existe una simbología internacional que permite una comunicación más adecuada de lo que queremos representar. Para que la representación nos facilite aún más la identificación de las características del terreno, se utilizan colores o tintas que más se asemejen a los que en realidad tienen los objetos o rasgos considerados

Entre estos colores usados convencionalmente, tenemos:

- Verde: Para las vegetaciones tales como bosques, huertos, campos cultivados, viñas
- Negro: Para las curvas de nivel, ciudades, edificios, líneas férreas, límites de estados, distritos, etc., nombres en general, etc
- Azul: Para todo lo que se refiere al agua: ríos, lagos, mares, océanos, lagunas, etc
- Rojo: Para ciertas vías de comunicación, asentamientos humanos, servicios, institutos educacionales, instalaciones industriales etc

El Mapa de riesgos del entorno: describen probabilidades de ocurrencias de eventos o fenómenos naturales: Ej. Inundaciones, terremotos, erupciones, deslaves. Para el efecto se dispondrá de instrumentos relacionados al tema.⁶⁰

Los diagramas históricos: describen la evolución histórica de la comunidad en términos de los cambios del entorno tales como: agricultura, forestación, medio ambiente, flora, fauna, cambios climáticos

Entre las simbologías más frecuentes utilizadas en la elaboración de los mapas parlantes encontramos:

Elementos de red vial		Elementos de agua	
	Estación Píe de Lago		Paramerica
	Charca		Paramerica en construcción
	Banca de Agua		Carretera general
	Arroyo		Carretera general en construcción
	Canal, Acequia		Carretera secundaria
	Tierra Fértil		Carretera secundaria en construcción
			Canal no grande, tubo lateral
			Canal pequeño
			Senda grande
			Senda pequeña
			Senda poco utilizable
			Corriente en zona de lava

⁶⁰ Displasede. Buenas prácticas en reducción del riesgo de desastres en el Ecuador. Care Ecuador 2010

Establecimientos de Salud Públicas y Privadas por Niveles de Atención

Simbología de Las Unidades de la Red de Salud Pública

-  MSP HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
-  MSP HOSPITAL ESPECIALIZADO
-  MSP HOSPITAL GENERAL
-  MSP HOSPITAL BÁSICO
-  MSP CENTRO DE SALUD
-  MSP PUESTO DE SALUD
-  IESS HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
-  IESS HOSPITAL GENERAL
-  IESS HOSPITAL BÁSICO
-  IESS CENTRO DE SALUD
-  IESS PUESTO DE SALUD
-  ISSFA HOSPITAL BÁSICO
-  ISSFA HOSPITAL GENERAL
-  ISSPOL HOSPITAL GENERAL
-  ONG HOSPITAL BÁSICO
-  SOLCA HOSPITAL GENERAL
-  UNIVERSITARIO HOSPITAL GENERAL
-  UNIVERSITARIO CENTRO DE SALUD
-  JUNTA DE BENEFICENCIA HOSPITAL GENERAL
-  JUNTA DE BENEFICENCIA HOSPITAL ESPECIALIZADO
-  MUNICIPIO HOSPITAL BÁSICO

Prestadores comunitarios de salud

Simbología de los factores de riesgo.- El mapa parlante debe contener los factores de riesgo biomédico, sanitario ambiental y socio económico de cada familia identificada a partir de la visita domiciliaria, utilizando la ficha familiar

Serán graficados en forma de casa de acuerdo a la simbología teniendo presente que los colores verde, amarillo y celeste solo sirven para identificar el riesgo mas no para dar algún tipo de valoración del grado de riesgo:

Techo: registra la identificación de la familia (apellidos de la familia) y el nombre del jefe de hogar

Puerta: representa el número de integrantes de la familia a la cual se realiza la visita domiciliaria, además registra datos de hacinamiento, y enfermedades de impacto

Ventana: es la ventana del riesgo, representa el tipo de riesgo identificado el cual será representado utilizando colores, en el caso del riesgo biomédico el color que se utilizara será el verde, el riesgo sanitario ambiental se identificara con el color amarillo y el riesgo socioeconómico se identificara con el color celeste, es importante recalcar que los colores utilizados identifican los riesgos mas no dan algún tipo de valoración del grado de riesgo, además identifica también con el color lila la presencia de grupos vulnerables (embarazadas, niños menores de 5 años, tercera edad, personas con capacidades especiales

- Riesgo biomédico
- Riesgo sanitario ambiental
- Riesgo socioeconómico
- Grupos vulnerables

Ejm: en la visita domiciliaria se encontró:

Persona sin vacuna

corresponde al código BM

Persona con discapacidad

corresponde al código BM

Persona con problema mental

corresponde al código BM

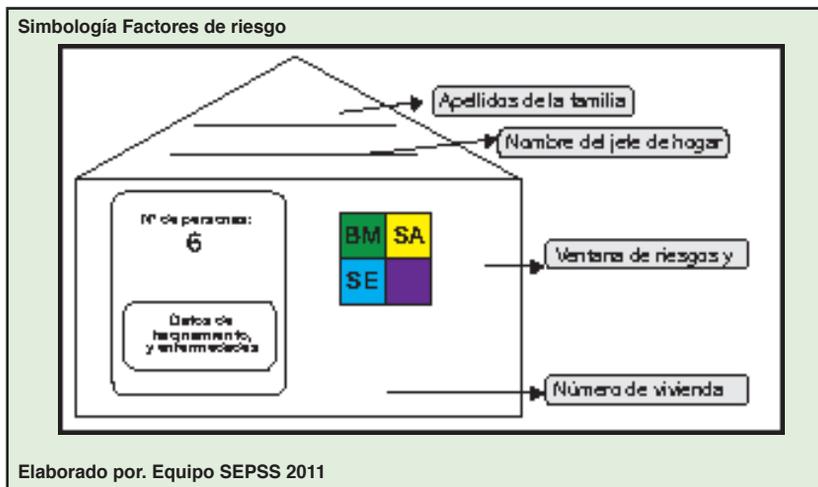
Mala eliminación de excretas

corresponde al código SA

Desempleo del jefe de familia

corresponde al código SE





Sala Situacional

Definición:

Es un espacio, virtual y matricial, de convergencia en donde se conjugan diferentes saberes para la identificación y estudio de situaciones de salud, el análisis de los factores que los determinan, las soluciones más viables y factibles de acuerdo con el contexto local y el monitoreo y evaluación de los resultados obtenidos después de la aplicación de las decisiones tomadas. La información es difundida y presentada en diferentes formatos como tablas, gráficos, mapas, documentos técnicos, informes, etc

Cuando se habla de situaciones de salud no se está refiriendo, como podría pensarse, a las tradicionales situaciones de analizar los daños y, en el mejor de los casos, evaluar los riesgos sino a todo tipo de situación empezando por las relacionadas con el análisis y evaluación del proceso de formulación de políticas y la fijación de prioridades hasta la evaluación del impacto en la población, pasando, por supuesto, por los asuntos relacionados con los recursos humanos, la tecnología empleada, el financiamiento del sector, el proceso de reforma y muchas otras variables

Vista y entendida así la sala situacional supera el quehacer tradicional de la epidemiología aplicada a los servicios de salud y se convierte en el instrumento idóneo para realizar la vigilancia de salud pública y que favorece la toma de decisiones en la búsqueda de una nueva realidad o una nueva situación

Finalidad:

Convertirse en un instrumento para la gestión institucional, la negociación política, la identificación de necesidades, la movilización de recursos y para el monitoreo y evaluación de las intervenciones en salud

Objetivo General:

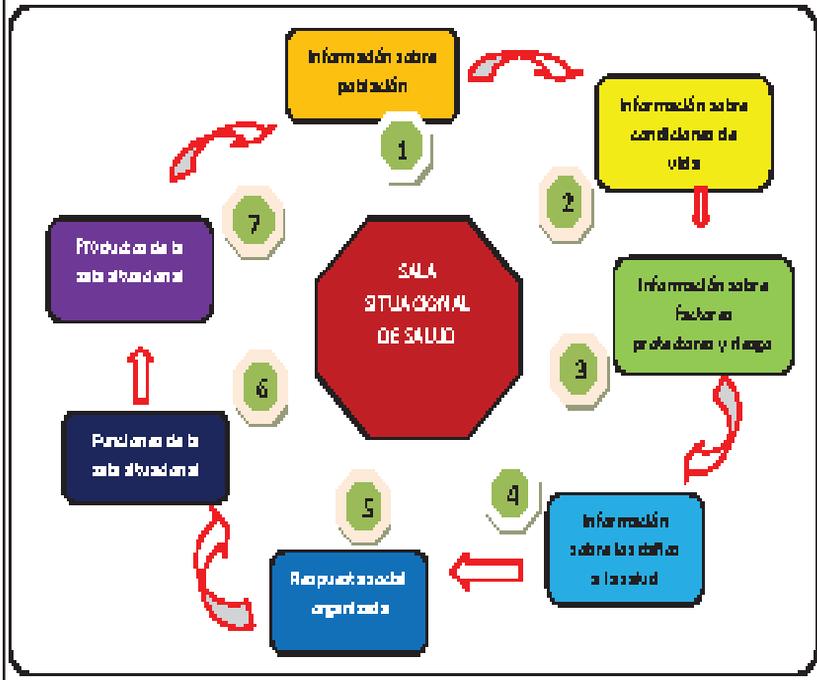
Desarrollar una cultura de análisis y uso de la información producida en los servicios de salud institucionales y comunitarios, para que mediante la aplicación del instrumento de sala situacional, se identifiquen las inequidades en salud y sus determinantes y se puedan aplicar las intervenciones

más costo/efectivas, mejor sustentadas; para reorientar los servicios de salud hacia la atención de las prioridades identificadas, con eficacia y eficiencia; a fin de mejorar las condiciones de salud y de vida de la población, con calidad y equidad

Objetivos Específicos:

1. Identificar y medir las desigualdades e inequidades existentes entre grupos humanos, especialmente los más postergados
2. Contar con planes operativos locales basado en las políticas, prioridades y compromisos de gestión en salud, para la reducción de las brechas detectadas
3. Identificar inequidades para anticiparse ante las amenazas que puedan presentarse frente a los problemas salud pública y proponer la respuesta institucional y social organizada frente a las mismas
4. Incorporar, progresivamente, esquemas y procedimientos metodológicos prácticos e innovadores que faciliten combinar información de fuentes y sectores diversos, como un apoyo al proceso de crear escenarios favorables para la reducción de las inequidades y los mecanismos para su monitoreo y evaluación, en los diferentes niveles de gestión, con especial énfasis en el nivel local

Pasos para construir una sala situacional:



	<p>En este apartado es necesario hacer mucho esfuerzo por producir estos datos; es mejor identificar las fuentes que los produzcan y establecer negociaciones para obtenerlos con menor esfuerzo pero con el grado de detalle requerido, por ejemplo, si se requiere la escolaridad, por áreas o unidades operativas por sexo y etnia, es imperioso obtenerlo así</p>
<p>4. Información sobre factores protectores y de riesgo</p>	<p>El conocimiento de los factores protectores como de riesgo,⁶¹ que agreden a la salud, derivados de las condiciones de vida identificadas; son importantes para anticipar los daños a la salud que se enfrentarían a corto, mediano y largo plazo. Factores de riesgo como los biológicos, sanitarios, ambientes, nutricionales, sociales, culturales, conductuales y laborales. El detalle sobre los factores de riesgo por unidades operativas, área de salud, según sexo, etnia y edad por ciclos de vida</p> <p>Los factores biológicos, ambientales y nutricionales tienen mucha influencia en los extremos de la vida, lactantes, niños y adultos mayores; mientras que los conductuales y culturales tienen una mayor influencia en adolescentes, adultos, (ejemplo, violencia, uso de drogas, tabaco, licor, etc.). Identificar el conjunto de prestaciones que ofrecen las unidades de salud</p>
<p>5. Información sobre los daños</p>	<p>El conocimiento de los daños a la salud esperados como consecuencia de la información sobre los puntos anteriores, medidos en términos de carga de enfermedad, discapacidad y muerte prematura evitable. Este apartado tiene una gama amplia de fuentes de información muy bien reconocida, sobre todo para la morbilidad y mortalidad. Aquí es recomendable tener las 10 primeras causas (el resto y total) de morbilidad y mortalidad, según edad por ciclos de vida, sexo y etnia, tanto en consulta externa como de egresos hospitalarios, con el mayor grado de desagregación por unidad geográfica tratando de mantener un equilibrio con la precisión de los indicadores que se quieran estimar en función de numeradores y denominadores que se hacen pequeños. En el caso de la morbi-mortalidad infantil y materna, generalmente, basta con tener las cinco primeras causas⁶³. Es necesario hacer gráficas de tendencias y priorizarlas</p> <p>Respuesta social organizada</p> <p>Frente a toda la información previa y, sobre todo basada en ella, se debe evaluar y monitorear la respuesta que la institución, el sector salud y otros sectores de la sociedad civil, en su conjunto, están ofreciendo frente a los daños priorizados, los riesgos y condiciones de vida prevalentes</p> <p>La información de la respuesta de los servicios de salud debe tener en cuenta los recursos de las instituciones gubernamentales, no-gubernamentales, el sector privado, las iglesias, las comunidades (medicina ancestral y alternativa), las agencias internacionales, etc</p> <p>El presupuesto, gasto ejecutado en salud, tanto público como privado, es de vital importancia para el monitoreo y evaluación de la asignación presupuestaria para atender las prioridades</p> <p>Es conveniente disponer de datos sobre la estructura, procesos, productividad, rendimientos, costos y recursos humanos de los servicios de salud. Es de mucha utilidad tener el dato sobre, por ejemplo, camas disponibles para cada una de las prioridades, y su porcentaje de utilización</p> <p>En términos financieros es útil contar con el mayor desglose posible del gasto asignado y ejecutado en cada una de las áreas de salud, para cada una de las prioridades</p>

⁶¹ Factor de riesgo en este documento es definido en función de sus dos componentes: factor y riesgo. Factor: "es toda característica cuya presencia o ausencia facilita o limita la aparición de un evento" (en esta caso salud enfermedad o muerte) y Riesgo: "es la medida estadística -probabilidad- de la ocurrencia de dicho evento".

	<p>Funciones de la sala situacional</p> <p>Las funciones de las salas s situacionales son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Funciones preventivas: anticipar el comportamiento de una acción en situación de normalidad, de problemas y/o de catástrofe 2. Funciones reactivas: dar respuesta pertinente, rápida, oportuna, eficiente y de calidad a las situaciones contingentes que se presenten para la ejecución de las acciones 3. Funciones proactivas: diseño de énfasis y estrategias delimitadas que permiten abordar, corregir, disminuir, neutralizar o eliminar las posibles reacciones ante una acción, así como las resistencias que su aplicación genera y los conflictos o turbulencias derivadas de potenciales catástrofes 4. Funciones de abordaje crítico: se refieren al diseño de cursos alternativos para el desarrollo de las acciones en un marco de calamidad en el entorno <p>Productos de la Sala Situacional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer la capacidad anticipada de un problema. • Planificación estratégica de los servicios sociales y de salud. (Necesidades) • Intervenciones de alto rendimiento social (Costo/efectivas). basadas en evidencias • Programación integral e integrada interinstitucional e intersectorial • Balance entre actividades preventivas y curativas • Análisis, Monitoreo y evaluación de las políticas, prioridades y compromisos de gestión • Incrementar la capacidad de negociación • Trabajar con enfoque sistémico • Racionalizar la inversión pública y privada • Estimular la participación interinstitucional e intersectorial de los diferentes actores sociales
--	--

Elaborado por: Equipo SEPSS 2011

ANEXO 5

GUIA DE SUPERVISION PARA EQUIPOS DE SALUD

**Guía de supervisión
Para zonas, provincias distritos
a unidades de II y III Nivel**

Nombre de Región, Provincia, Distrito:

Responsable de la supervisión:

Fecha de la supervisión:

Fases	Actividades	SI	NO	Técnica
	Cuenta con un Plan de Salud en distrito, provincia, región			Verifique se está en concordancia con el Plan Nacional del Buen Vivir, Plan de Salud de MSP, Plan de Saluds Regionales, Provinciales y distritales

	Cuenta con proyectos para intervención de los problemas de salud		Verifique si los proyectos aportan o están en concordancia con los Planes de Salud. Si están financiados
	Sala situacional actualizada		Verifique Información de diagnóstico situacional, coberturas concentraciones que este actualizado. Toman decisiones en función de información,(visualizados a través de cuadros o gráficos elaborados)
Organización de la red pública integral de salud	Integración de la red pública y complementaria		Verifique si se ha realizado el diagnóstico de integración de las redes y si se dispone de un plan de intervención. Identifique el avance en función del diagnóstico
Análisis de la Programación de las Unidades Operativas	Análisis de las metas de cada unidad operativa en función del PLIS, y el requerimiento de insumos Análisis de la programación de medicamentos por unidad operativa Consolidación de la información		Verifique que todas las Unidades hayan enviado el PLIS y analice la calidad de la información Verifique el consolidado de producciones y requerimientos de insumos y materiales y si están vinculadas a presupuesto
Control de la gestión	Acuerdos de gestión entre los diferentes niveles		Verifique que existan acuerdos de gestión para cada una de las unidades operativas, distritos o regiones
Administración de recursos administración de recursos	Distribución de los equipos de atención integral de acuerdo a las necesidades de la población		Verifique en el distributivo si las unidades de salud del primer nivel disponen todas de Equipos Básicos, analice la distribución del resto de profesionales. Verifique que las zonas de mayor riesgo cuenten con equipos de atención Integral o por lo menos con Equipos Básicos
	Implementación del modelo por todo el personal		Verifique que todo el personal de primer nivel este realizando actividades del Modelo. (diagnóstico situacional, diagnóstico y seguimiento de familias, etc) para lo cual debe visitar por lo menos dos unidades del distrito. Verifique si los equipos de atención integral están apoyados por especialistas, odontólogos, nutricionistas, etc. Solicite programaciones de actividades

	Administración de insumos y medicamentos			Verifique si el distrito cuenta con programación de insumos y fármacos. Constante en las unidades operativas la existencia de medicamentos e insumos suficientes y que hayan sido requeridos por la unidad
	Adecuación de infraestructura y equipamiento			Verifique si el distrito cuenta con un diagnóstico sobre necesidades en infra estructura y equipamiento y si se dispone de un plan de intervención. Analice el nivel de avance Verifique si se cuenta con un plan de mantenimiento y verifique su avance
Supervisión	Supervisión a unidades operativas			Verifique plan de supervisión y que este cuente con financiamiento, constante el avance, identifique el equipo de supervisión, analice los informes de supervisión y visite dos unidades supervisadas y constante los avances
Monitoreo	Monitoreo de El Plan de Salud Proyectos en salud Programación Integral de las prestaciones (PLIS)			Verifique si se realiza monitoreo del Plan de Salud y de los Proyectos, y el el avance en las metas del PLIS por unidad operativa Verifique el desempeño del sistema de información
Evaluación	Evaluación			Verifique evaluaciones realizadas por el distrito en el Plan de Salud, Proyectos, PLIS
Control de calidad	Equipos de Auditoría Médica y de mejoramiento de la calidad			Verifique si los distritos disponen de equipos de mejoramiento de la calidad y se disponen de auditoría médica
Comentarios y/o resultados de la supervisión	Indicar las fortalezas del equipo: Indicar problemas identificados y sus causas:			
Compromisos	Por Supervisor:			
	Por el Equipo:			
	Firma Director Distrito, Provincia o Región.			
	Firma del Supervisor.			

Guía de supervisión Para el I nivel

Distrito:

Unidad de Salud:

Responsable de la supervisión:

Fecha de la supervisión:

Actividades	SI	NO	Técnica
Dispone de un comité local de salud			Verifique actas de reunión, resoluciones y cumplimiento de compromisos
El comité está trabajando en la implementación de las intervenciones para controlar los problemas de su comunidad			Verifique plan de trabajo y ejecución de actividades
El equipo dispone de un diagnóstico situacional actualizado y consensado con la comunidad			Revise el diagnóstico y verifique fuentes de información y si se construyó con la comunidad
Mapa parlante actualizado			Revise que el mapa cumpla con lo normado, responde a los límites asignados, tiene zonas priorizadas Escoja al azar un grupo de 10 fichas familiares y verifiquen si están ubicadas las familias en el mapa
Sala situacional actualizada			Verifique Información de diagnóstico situacional, coberturas concentraciones que este actualizado Toman decisiones en función de información,(visualizados a través de cuadros o gráficos elaborados)
Implementación de intervenciones en función de los proyectos definidos en el distrito			Verifique avances de las actividades en relación a los proyectos de distrito y determine el avance de las actividades
Fichas familiares aplicadas			Verifique si el llenado cumple con la normativa Escoja 10 fichas familiares al azar y analícelas
Planificación de actividades extramurales			Verifique programación de actividades extramurales y cumplimientos
Seguimiento de Familias en riesgo			Verifique en el tarjetero. Con las 10 fichas familiares escogidas al azar, analice si se cumplió el plan de intervención y cuáles son los resultados Verifique si las normas de atención se están cumpliendo en los casos priorizados
Concentrado de de fichas familiares			Verifique que esta herramienta este actualizada y analice sus indicadores principalmente sobre los resultados en las familias de seguimiento

El equipo dispone de PLIS			Verificar que los miembros de equipos conozcan el manejo de la herramienta y su uso
Indicadores de producción de servicios. (PLIS)			Verifique si el equipo monitoriza las actividades intramurales y si ha tomado correctivos? Y analice el avance de los indicadores con el equipo
Disponibilidad de insumos, vacunas, fármacos			Verificar que los insumos, vacunas, fármacos estén en las cantidades planificadas para la unidad
Monitoreo de actividades			Verificar si el monitoreo es mensual realizado con el comité
Sistema de Información			Verificar el cumplimiento de las normas
Indicar las fortalezas del equipo:			
Indicar problemas identificados y sus causas:			
Por Supervisor:			
Por el Equipo:			
Firma Director de la Unidad:			
Firma del Supervisor.			

GLOSARIO

Accesibilidad: Características de la organización para garantizar el principio de equidad, y se manifiesta con ausencia de barreras geográficas, financieras, organizacionales, estructurales, culturales, para la participación en el sistema de salud y/o para la utilización de los servicios de salud y otros servicios sociales. Es fundamental que las personas puedan recibir servicios de salud acordes con sus necesidades

Actividad: Conjunto de tareas involucradas en un proceso, necesarias para asegurar el alcance de los objetivos y metas previstas en los planes

Sujeto social: Es un sujeto colectivo estructurado a partir de una conciencia de identidad propia, portador de valores, poseedor de un cierto número de recursos que le permiten actuar en el seno de una sociedad con vistas a defender los intereses de los miembros que lo componen y/o de los individuos que representa, para dar respuesta a las necesidades identificadas como prioritarias

Apgar Familiar: Constituye un instrumento para detectar el grado de funcionalidad (o disfunción) de la familia

Atención integral e integrada: características de la atención de salud en una doble dimensión, por un lado el reconocimiento del carácter multidimensional de la salud individual y colectiva, es decir el reconocimiento de que la salud es el producto de las condiciones económicas, sociales, culturales, ambientales y biológicos, y, la provisión de servicios integrados de promoción, prevención de la enfermedad, recuperación de la salud, rehabilitación, cuidados paliativos

Atención Primaria de Salud (APS): Se considera a la atención en salud basada en métodos prácticos, científicamente respaldados y socialmente aceptados que estará al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad. La APS es reconocida como una estrategia eficaz para mejorar la accesibilidad y la equidad en la utilización de los servicios y en los resultados en salud, como el compromiso de dar respuesta a las necesidades de salud de la población, la orientación a la calidad, a responsabilidad y la rendición de cuentas de los gobiernos, la justicia social, la sostenibilidad, la participación y la intersectorialidad. Un sistema de salud basado en la APS, además de estar conformado por elementos estructurales y funcionales que garanticen la cobertura universal con equidad, debe prestar atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, hacer hincapié en la prevención y en la promoción y garantizar la atención del paciente en el primer contacto. Incluye la organización de los servicios en los tres niveles de complejidad

Ciclo de vida: Secuencia de etapas interconectadas que atraviesa el individuo y la familia a lo largo del tiempo

Complicado: Se llamará a un problema de salud como complicado en su evolución cuando se han sumado a este, uno o más problemas, teniendo siempre el mismo origen

Comunidad: Concepto de niveles múltiples que abarca desde entidades definidas local, política y geográficamente, hasta ciudades, naciones. También se refiere a un grupo de personas relacionadas por un asunto específico

Consejos Cantonales o Parroquiales de Salud. Es una instancia organizacional conformada por representantes de instituciones y/o organizaciones de la sociedad civil para la definición de lineamientos y planes de intervención, en base a las políticas nacionales establecidas por la autoridad sanitaria y necesidades locales. Se encargan del control social en salud por medio de las veedurías ciudadanas; además de la recepción de quejas y denuncias, y se encarga de la complementación y canalización de recursos nacionales e internacionales

Comités locales de salud: Son organizaciones de usuarias/os de servicios y que tienen la función de emitir informes de satisfacción de la calidad de los mismos, promover la coparticipación ciudadana y de la familia en el cuidado de la salud, y coordinar con las Unidades de Salud para el mejoramiento de la calidad de la atención

Comité Local de Desarrollo, constituida por representantes de los sectores e instituciones de sus circunscripciones territoriales (barrios, comunidades, escuelas colegios, instituciones gubernamentales y no gubernamentales de desarrollo entre otros). La organización tendrá una directiva y deberá contar con un reglamento para su funcionamiento

Controlado: Cualquier problema de salud que por sus características no podamos solucionarlo pero si mantenerlo dentro de los límites establecidos como adecuados, por ejemplo un paciente con HTA si bien no podremos curar su enfermedad, si podremos mantenerlo “controlado” a través de la práctica de las normativas y comparación con estándares existentes como referentes

Determinantes de la salud: Son los factores ambientales, económicos, culturales, sociales y biológicos, así como los factores protectores que influyen en el estado de salud de los individuos o poblaciones

Zona y Distrito: Subdivisión territorial con fines administrativos.

Eficacia: Es la capacidad científicamente comprobada y de acuerdo a condiciones locales de resolver un problema y de producir un resultado específico

Eficiencia: Es el uso racional de los recursos disponibles empleando la tecnología apropiada a las necesidades de la población para obtener el mejor resultado al menor costo

Enfoque familiar, comunitario e intercultural: práctica de intervenciones sanitarias centradas en las necesidades de la ciudadanía, identificadas mediante información comunitaria de su entorno familiar, social, cultural y laboral.

Equidad: Se considera a la asignación de recursos de acuerdo a las necesidades de la población y del individuo con el fin de brindar igual oportunidad para desarrollar y mantener la salud

Equipo Integral de Salud: Grupo interdisciplinario de recursos humanos de la salud que realizan actividades de atención al usuario. Realiza acciones de promoción de la salud, prevención y tratamiento de enfermedades de impacto (enfermedades crónicas degenerativas y de vigilancia epidemiológica), así como de rehabilitación y cuidados paliativos, con el apoyo y utilización de todos los recursos de la comunidad lo cual permita la conducción de las acciones para preservar la salud

Espacios de encuentro Comunitario para la Salud: (casa comunal, escuela, posta de salud, botiquín comunitario) para realizar acciones de; salas situacionales en salud, ferias de la salud, atención médica programada entre otras actividades extramurales.
Pag 142

Estilos de vida saludable: son factores medioambientales y de comportamiento humano que tienen el mayor peso en la probabilidad de que las personas enfermen o se mantengan saludables

Evitabilidad: Mortalidad que pudo evitarse con mediante sistemas adecuados de prevención, tratamiento y control en el primer nivel de atención.

Familiograma: Se define al familiograma como instrumento que permite valorar la dinámica, la composición, estructura, el tipo de familia, relaciones, los roles que asumen y el ciclo evolutivo por el cual esta cursando la familia en un momento determinado

Gestión: Constituyen todos los procesos de planificación, administración, aplicación de la epidemiología, gerencia, monitoreo, supervisión y evaluación que son enlazados en su aplicación en cada una de las unidades operativas, les da sentido, direccionalidad y coherencia

Gestores de salud: Es el personal que conforman los Equipos integrales de salud, TAPS (en la red del MSP) y Gestores comunitarios. Son los actores que detectan los problemas que influyen directa o indirectamente sobre la salud de la población y se encargan de mejorar la calidad de vida de la comunidad

Gestores comunitarios: Son personas de las comunidades que tengan experiencia en atención de partos y en tecnologías ambientales limpias y de energías alternativas no contaminantes y de bajo impacto, con legitimidad social de su trabajo y su quehacer se desarrollará en el ámbito de la salud y son: (autoridades locales o sus representantes, líderes comunitarios, promotores de salud, voluntarios de salud, agentes comunitarios de salud tradicional, Yachak, agentes y terapeutas de las medicinas ancestrales, entre otros)

Impacto: En el ámbito evaluativo, es evidencia confiable del efecto o efectos plausibles de una intervención específica

Insumo / Recursos: Las materias primas o productos intermedios que se transforman durante el proceso. Son necesarios para poder conseguir las tareas

Interculturalidad en salud: Enfoque necesario de las intervenciones sanitarias, caracterizado por el respeto social y la promoción científica de las prácticas de salud ancestral

Intervención: Acción o conjunto de acciones ejecutadas con un objetivo explícito definido a priori para obtener un cambio expresable en resultados o impactos; en el ámbito social, por lo general, son políticas, normas, planes, programas o proyectos, de una o múltiples estrategias implementadas secuencial o simultáneamente

Participación Comunitaria: Involucrar a la comunidad en una estrategia de cambio social; además de involucrarla en la estrategia de cambio de comportamiento individual

Participación social : La participación social es el derecho y la capacidad de la

población para participar de forma efectiva, activa y responsable en las decisiones sobre la atención en salud y su implementación. La participación social en salud es una faceta de la participación civil, una condición inherente al ejercicio de la libertad, la democracia, la equidad y el control social. En el ámbito de la salud, se considera tres ejes de participación: Intersectorial, Interinstitucional y la participación comunitaria

Planificar: Es una de las funciones principales de todo proceso. En su sentido más amplio, planificar significa diseñar un futuro deseado y los cursos de acción efectivos para lograrlo. O sea, decidir anticipadamente lo que se desea hacer. El objetivo de la planificación es lograr un conjunto de acciones coherentes para alcanzar ciertas metas

Prevención: la prevención se concibe tradicionalmente en tres niveles: la prevención primaria combate la enfermedad antes de que ésta se presente; la prevención secundaria una vez la enfermedad ya apareció; y la prevención terciaria, cuando la enfermedad ya siguió su curso

Primer Nivel de Atención: Es la organización de los recursos que permiten resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes en la atención de la salud de una población dada, en consideración de que estas necesidades se resuelven con tecnologías simples que deben estar accesibles de forma inmediata a la población

Priorización: Técnica mediante la cual se ordena los problemas identificados en una situación de salud

Problema: Los problemas se definen como la discrepancia entre la realidad observada y la situación ideal

Producto o Resultado: Es la manifestación o concreción de un esfuerzo o actividad realizada en un proyecto

Promoción de la salud: La combinación de educación en salud e intervenciones organizativas, políticas y económicas diseñadas para facilitar cambios en la conducta, y adaptaciones medioambientales que mejorarán o protegerán la salud

Proyecto: Es un conjunto de actividades relacionadas y coordinadas, ejecutado por un equipo humano definido, para alcanzar unos objetivos específicos y resolver un problema identificado, en un tiempo determinado y con un financiamiento específico

Red: Conjunto articulado de unidades prestadoras de servicios de salud, ubicadas en un espacio geográfico, interrelacionadas funcionalmente, con distinta complejidad y por lo tanto capacidad de resolución, apoyadas por normas, reglamentos, sistema de información y recursos que ofrecen una respuesta a las necesidades de la población

Red Social Comunitaria para la Salud, es la organización que asume la responsabilidad de conducir las acciones de salud de su localidad / comunidad y/o Sector; como por ejemplo:

- Los miembros del consejo cantonal o parroquial o distrital de salud (alcalde municipal, jefe de área, director de unidad operativa, personeros municipales o parroquiales, gestores comunitarios de salud, sector educativo, líderes comunitarios y comunidad),
- autoridades de las Juntas Parroquiales,

- líderes locales (que forman parte del concejos cantonales de salud),
- grupos organizados existentes (Comités de la comunidad, Juntas de agua potable, grupos religiosos y ONG's, entre otros)

Resultado de impacto institucional: Efectos producidos sobre una institución que produce cambios en la gestión de los recursos y/o redireccionamiento de actividades planificadas o a planificar. Está relacionado con los procesos de calidad

Resultado de impacto social: Se refiere al cambio efectuado en la sociedad debido al producto de las acciones realizadas e implican un mejoramiento significativo y, en algunos casos, perdurable o sustentable en el tiempo, en alguna de las condiciones o características de la población objetivo y que se plantearon como esenciales en la definición del problema que dio origen al proyecto. Un resultado final suele expresarse como un beneficio a mediano y largo plazo obtenido por la población atendida

Riesgo: Es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o un daño a la salud o sus determinantes, es decir representa la mayor o menor vulnerabilidad que tienen ciertos grupos para sufrir determinados daños

Segundo Nivel de Atención: Es la organización de los servicios en que se agregan y agrupan mas recursos con un mayor nivel de complejidad, que atiende los eventos menos frecuentes pero más complejos y que requieren habilidades y tecnologías de tipo medio

Tercer Nivel de Atención: Organización de los servicios en que se agrupan más recursos con un nivel de complejidad mayor para atender eventos altamente complejos, de menor ocurrencia y para cuya atención se precisa habilidades especializadas y tecnología avanzada

Sistema de Registro y Seguimiento: Es el conjunto de instrumentos que facilitan el registro de la información sobre la persona, las familias y comunidades según sus riesgos, las atenciones y servicios entregados tanto en las fases de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos

Tipo de Familia : Forma de organización del conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan. Naturalmente pasa por el nacimiento, luego crecimiento, multiplicación, decadencia y trascendencia. (IINFA) Instituto Interamericano del Niño y la Familia

Universalidad: La universalidad es la inclusión de todos los miembros de la sociedad llámese individuo, familia y comunidad en los servicios de salud tanto en promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud con el objeto de lograr una prestación integral

BIBLIOGRAFIA

1. Asamblea Constituyente 2008. Constitución de la República del Ecuador. Ciudad Alfaro 2008
2. Bolivar, Kalindy. “Construyamos Salud”. Sistematización de la Experiencia “Fortalecimiento del Modelo de Atención en Salud y Calidad de Vida en Poblaciones Rurales de las Provincias de Pichincha y Esmeraldas” Corporación Utopía, Quito, 2011, en edición
3. Del Bosque Sofía. Megatendencias de Cambio y Desarrollo en las Proximidades del Siglo XXI: El macro contexto. en Manos a la Salud. México. CIESS-OPS.1998
4. INEC. Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) 2006
5. INEC-CEPAL .Ecuador Proyecciones de Población 1950-2025. Ecuador
6. MCDS-MSP-ME-MIES-MIDUVI-SECRETARIA NACIONAL DEL MIGRANTE-MRE-MAGAP-SENPLADES. Agenda Social 2009-2011
7. Ministerio de Salud Pública, Subsecretaría de Extensión de la Protección Social en Salud. Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural. Documento original. 2008
8. Manual del Modelo de atención integral de salud. Familiar, comunitario e intercultural MAIS-FCI. MSP2009
9. Norma Modelo de Atención Integral en Salud SEPSS - MSP 2010
10. Ministerio de Salud Pública. Boletín Epidemiológico Vol. 6 N53 2009. Adaptación de la tabla 9 Metas de los Objetivos del Milenio y enfermedades priorizadas
11. Ministerio de Salud Pública – PASSE, Construyamos el Hábitat Familiar Saludable: Guía de implementación de Tecnologías Apropriadas, Ecuador, Septiembre de 2008
12. Ministerio de Salud Pública. INEC. OPS. UNFPA. UNIFEM. UNICEF. Indicadores Básicos de Salud. Ecuador 2006
13. Ministerio de Salud Pública, Subsecretaría de Extensión de la Protección Social en Salud. Modelo de Atención Integral en salud Familiar, Comunitario e Intercultural. 2008
14. Ministerio de Salud Pública, Subsecretaría de Extensión de la Protección Social en Salud. Modelo de Atención Integral en salud Familiar, Comunitario e Intercultural. 2008
15. Ministerio de Salud Pública, Curso de Epidemiología en Acción. Módulo 3, Diseño de Programas de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades, Quito 1999
16. MSP, INEC Indicadores Básicos de Salud, 2010)
17. Ministerio de Salud de Chile, Género, equidad y reforma de la salud en Chile; Parte IV. Modelo de atención y género: Las condiciones socioculturales de la reforma de la salud en Chile

18. Ministerio de Salud de Nicaragua, Modelo de Atención Integral en Salud. Managua 2004
19. Ministerio de Salud del Perú, del Modelo de Atención Integral de Salud, Lima 2004
20. Ministerio de Salud del Perú, Guía Nacional de Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud, Lima 2004
21. Organización Panamericana de la Salud. redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria de salud. 49 consejo directivo 61.a sesión del comité regional Washington DC: 2.009
22. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Renovación de la Atención primaria de salud. OPM/OMS/ Washington D: C: 2007
23. Organización Panamericana de la Salud Relatoría del Encuentro sobre Gestión de Calidad, publicada en la serie Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud N° 10, OPS-OMS, octubre 1998, p46
24. OMS, “Carta de Otawa” 1986
25. SENPLADES. Manual para la Formulación de Políticas Públicas Sectoriales. Quito 2010
26. SENPLADES. Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013. Quito 2009
27. SENPLADES, Esquema metodológico para la Revisión de matriz de Competencias y modelos de Gestión, Subsecretaría de reforma Democrática del estado e Innovación de la gestión Pública, 2009
28. Tognoni G. Manual de Epidemiología Comunitaria. Esmeraldas: CECOMET; 1998
29. Wilma B. Freire, LA SITUACION NUTRICIONAL EN EL PAIS, ROL DEL SECTOR SALUD
30. Manual de programación local para Unidades Operativas del Área de Salud Serie: Desarrollo y fortalecimiento de Servicios locales de Salud número 2 1995
31. Manual de Organización de las áreas de salud MSP junio 2000

RESPONSABLES

Ministerio de Salud Pública del Ecuador
Subsecretaría Nacional de Gobernanza en Salud Pública
Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública

VALIDACIONES

COLABORADORES	Normalización, Salud Intercultural y PASSE
VALIDACION	PROVINCIAS Azuay, Esmeraldas, Napo, Bolívar, Cañar, Carchi, Cotopaxi, Chimborazo, El Oro, Guayas, Imbabura, Loja, Los Ríos, Manabí, Morona Santiago, Orellana, Pastaza, Pichincha, Sucumbios, Tungurahua, Zamora
APORTES	PROVINCIAS Chimborazo, Cotopaxi, Pichincha, Bolívar, Orellana, Guayas
EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD (EBAS) PARTICIPANTES DE:	PROVINCIAS Chimborazo, Bolívar, Cotopaxi, Pichincha
DIRECCIÓN PROVINCIAL SALUD DE PICHINCHA	Hospital Enrique Garcés Área De Salud N° 21 Área De Salud N° 6 Área De Salud N° 7 Área De Salud N° 15 Área De Salud N° 16 Scs. Uyumbicho

Este documento ha sido elaborado de manera participativa con los aportes de personeros de las diferentes instancias del Ministerio de Salud Pública y recoge las propuestas de los equipos técnicos que en diferentes momentos han sido responsables de la Coordinación del Modelo de Atención Integral de Salud en el MSP

EDICION 2012