

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

OPERATIVIZACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD EN EL
CENTRO DE SALUD COTOCOLLAO, PROVINCIA DE PICHINCHA, QUITO, AÑO 2016

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

AUTORES: Paola Gabriela Meza Brito y Edison Aníbal Jaramillo Pazmiño

DIRECTOR DE TESIS: Dr. Xavier Sánchez FP

TUTORA METODOLÓGICA: *Dra. Rosa Goyes MPH*

Quito, enero 2017

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Nosotros, PAOLA GABRIELA MEZA BRITO, C.C. 171126695-5 y EDISON ANÍBAL JARAMILLO PAZMIÑO, C.C. 170973911-2 autores del trabajo de graduación intitulado: “Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud en el Centro de Salud Cotacollao, Provincia de Pichincha, Quito, Año 2016”, previa a la obtención del grado académico de ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA en la Facultad de Medicina:

1.- Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizamos a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, enero del 2017

Paola Gabriela Meza Brito
C.C. 171126695-5

Edison Aníbal Jaramillo Pazmiño
C.C. 170973911-2

AGRADECIMIENTO

A Dios Padre por darme sus talentos. A mi esposa, mi pincesa Doris, mi compañera y mi proyecto de vida, sin su apoyo no hubiera podido llegar hasta aquí y tampoco tendría claro el camino hacia adelante, porque en los turnos, clases, horas de estudio, etc., ella fue quién en realidad hizo el mayor esfuerzo por sacar adelante nuestro hogar. A mi madre, que cree en mí y siempre está a mi lado cuando más la necesito.

Edison Jaramillo

A mis padres, quienes inculcaron en mi constancia y humildad para alcanzar mis metas, a mi esposo, mi compañero de vida, a mis hijos, a quienes deseo demostrar que el esfuerzo y sacrificio rinden sus frutos y de manera muy especial por todo el apoyo a mi tía Olgui, mis hermanos y mi sobrina. Así como a todos quienes de alguna u otra manera han aportado con su granito de arena para mi proceso de formación.

Gabriela Meza

Agradecemos a la Dra. Ruth Jimbo y al Dr. Xavier Sánchez, tutores de campo intachables profesionales pero sobre todo excelentes personas, a la Dra. Katy Segarra, por su apoyo constante en los tres años de formación, a nuestra tutora metodológica Dra. Rosa Goyes por su dedicación, al Dr. Hugo Pereira tercer lector por su colaboración.

También agradecemos al equipo de “MAIS-ITOS”, Verónica Vela, Deysi Moyota, Gaby Sánchez, Mónica Chanalata, a quienes facilitaron y colaboraron con el trabajo en terreno a Nancy Espinosa, Baciliza Tello, Myriam Rodríguez, Jaime Peralvo, Patricia Costales, Luis Muñoz, Gabriela Dávila, y Andrés Molina.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

ÍNDICE DE CONTENIDOS	iii
ÍNDICE DE TABLAS	vi
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES	vii
ÍNDICE DE ANEXOS.....	x
ABREVIACIONES	1
RESUMEN EJECUTIVO	1
EXECUTIVE SUMMARY	3
1. PRESENTACIÓN.....	5
1.1 Contexto de la Investigación	8
1.1.1 Generalidades	8
1.1.2 Situación Geográfica	9
1.1.3 Organización	9
1.1.4 Atributos demográficos	10
1.1.5 Educación y economía	11
1.1.6 Mortalidad.....	12
2. ANÁLISIS SITUACIONAL	15
2.1 Antecedentes.....	15
2.2 Características generales del problema.....	15
2.2.1 Componentes del MAIS	15
2.2.2 Resultados de impacto social	17
2.2.3 Modelo Descriptivo	18
2.3 Características del problema en el servicio.....	21
2.3.1 Contacto con la población	21
2.3.2 Síntesis de la información.....	21
2.3.3 Responsabilidad	22
2.4 Criterios de Calidad de la Atención	22
2.5 Análisis del problema con el equipo de trabajo	23
3. MARCO CONCEPTUAL	25
3.1. Derechos humanos.....	25
3.2 Sistemas de seguros de salud.....	29
3.2.1 Tipología de Sistemas de Seguros de Salud	30
3.2.2 Tipos ideales de sistemas de salud	31
3.2.3 Componentes de un seguro de salud	36
3.3 Cartografía.....	40

3.4 Marco legal	42
3.5 Modelo de Atención Integral en Salud	45
3.5.1 Marco Conceptual del MAIS FCI	45
3.5.2 Investigación, formación y capacitación del talento humano.....	52
3.5.3 Prioridades y estrategias nacionales	53
3.5.4 Estrategias y herramientas para brindar las prestaciones integrales de salud ..	53
3.5.5 Determinantes de la Salud	54
4. CONOCIMIENTOS Y EXPERIENCIAS PREVIAS.....	59
5. HIPÓTESIS DE CAMBIO Y ESTRATEGIAS ELEGIBLES	61
6. PROPÓSITOS Y OBJETIVOS.....	61
6.1 Objetivo General	61
6.2 Objetivos Específicos	61
6.2.1 Objetivos específicos de cambio	61
6.2.2 Objetivos específicos de investigación	61
7. INSTRUCCIONES OPERATIVAS.....	62
8. METODOLOGÍA	63
8.1 Diseño y tipo de investigación.....	63
8.2 Mapeo de Actores y equipo de investigación	64
8.2.1 Mapeo de Actores	64
8.2.2 Equipo de Investigación.....	65
8.3 Formas de introducción del cambio	65
8.4 Identificación y operacionalización de variables.....	66
8.4.1 Identificación de las variables	66
8.4.2 Operacionalización de variables	67
8.5 Métodos de recolección de información para cada variable	67
8.6 Universo y muestra en función de cada una de las variables.....	69
9. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	70
9.1 Resultados de la evaluación operativa.....	70
9.1.1 Análisis del proceso del estudio.....	70
9.1.2 Análisis del proceso de las instrucciones operativas	113
9.2 Resultados de la evaluación analítica	114
9.2.1 Contrastación bibliográfica de los resultados.....	114
9.2.2 Análisis comparativo de los datos recolectados.....	116
9.2.3 Discusión.....	125
10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	129
10.1 Conclusiones	129

10.2 Recomendaciones	130
11. BIBLIOGRAFÍA.....	132
12. ANEXOS.....	136

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Población asignada al Centro de Salud Cotocollao. Año 2016.....	10
Tabla 2: Defunciones Generales. Parroquia Cotocollao. 2014.....	13
Tabla 3: Observaciones del flujo de pacientes en el Centro de Salud Cotocollao, 2015 ..	15
Tabla 4: Listado de problemas en relación a la operativización del MAIS en el Centro de Salud Cotocollao, 2015.....	23
Tabla 5: Taxonomía de los sistemas de seguros de salud y de seguridad social.....	31
Tabla 6: Modelos de atención en sistemas de seguros de salud	39
Tabla 7: Instrucciones Operativas.....	62
Tabla 8: Matriz de Operacionalización de variables	67
Tabla 9: Manzanas por sector y zona	71
Tabla 10: Contaminación	84
Tabla 11: Tiempo para llegar a la unidad.....	88
Tabla 12: Material piso.....	89
Tabla 13: Tenencia vivienda	90
Tabla 14: Ubicación sanitario.....	91
Tabla 15: Propiedades de los sistemas y roles	92
Tabla 16: Integración, ocupación y desarrollo de las familias.....	94
Tabla 17: Resultados del APGR familiar	95
Tabla 18: Consumo de alimentos.....	107
Tabla 19: Ciclo vital individual.....	109
Tabla 20: Indicadores y porcentaje de ejecución del diseño del plan	113
Tabla 21: Contaminación por sector	118
Tabla 22: Lee y escribe, por edad y por sector	119
Tabla 23: Comparación de resultados entre rol de esposos y holón conyugal.....	122
Tabla 24: Instrucción por ciclo vital individual	122
Tabla 25: Instrucción por sector.....	122
Tabla 26: Paternidad por grupo etáreo	123
Tabla 27: Consumo de alimentos.....	124
Tabla 28: Adición de sal a la comida e hipertensión	124
Tabla 29: Pruebas de estadística analítica HTA y adición de sal	125

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Mapa del Centro de Salud, Cotocollao.....	9
Ilustración 2: Estructura Orgánica de las Direcciones Distritales.....	10
Ilustración 3: Pirámides de Población de Pichincha y del Área de Salud Cotocollao. 2010	11
Ilustración 4: Nivel de Instrucción de los pobladores. Cotocollao. 2010	12
Ilustración 5: Porcentaje de hogares por nivel de pobreza. Cotocollao. 2010	12
Ilustración 6: Distribución de defunciones por sexo. Zona Urbana. Cantón Quito. 2014 ..	13
Ilustración 7: Modelo conceptual de referencia (Activity System)	19
Ilustración 8: Componentes del sistema de salud	36
Ilustración 9: Determinantes de la Salud.....	55
Ilustración 10: Mapeo de Actores.....	64
Ilustración 11: Sociograma.....	65
Ilustración 12: Matriz de Variables	66
Ilustración 13: Composición por sexo	83
Ilustración 14: Pirámide poblacional.....	83
Ilustración 15: Adscripción	84
Ilustración 16: Cuentan con seguro privado	84
Ilustración 17: Control de entrevistas	85
Ilustración 18: Número de familias encuestadas por sector	86
Ilustración 19: Número de integrantes por familia	86
Ilustración 20: Número de dormitorios	87
Ilustración 21: Cocina en dormitorio.....	87
Ilustración 22: Convivencia con animales	88
Ilustración 23: Riesgo de incendio	88
Ilustración 24: Tipo de vivienda.....	89
Ilustración 25: Tenencia vivienda	90
Ilustración 26: Límites de la familia	92
Ilustración 27: Tipología familiar	93
Ilustración 28: Cercanía de otros parientes.....	93
Ilustración 29: Núcleos de hijos	94
Ilustración 30: Presencia de los padres	94
Ilustración 31: APGAR familiar.....	95
Ilustración 32: Redes de apoyo y comunicación	96
Ilustración 33: Ciclo vital familiar	96

Ilustración 34: Etapas del ciclo vital familiar	97
Ilustración 35: Etapas del ciclo vital familiar	97
Ilustración 36: Crisis familiares	97
Ilustración 37: Residente	98
Ilustración 38: Presente	98
Ilustración 39: Nacionalidad	99
Ilustración 40: Etnia	99
Ilustración 41: Estado civil	99
Ilustración 42: Instrucción	100
Ilustración 43: Lee y escribe	100
Ilustración 44: Número de núcleos familiares.....	101
Ilustración 45: Paternidad	101
Ilustración 46: Actividad laboral	101
Ilustración 47: Alternativa de trabajo.....	102
Ilustración 48: Categoría ocupación.....	102
Ilustración 49: Discapacidad	103
Ilustración 50: Carnet de discapacidad	103
Ilustración 51: Porcentaje de discapacidad.....	103
Ilustración 52: Asiste a guardería.....	104
Ilustración 53: Programa de servicio infantil.....	104
Ilustración 54: Asistencia escolar.....	104
Ilustración 55: Actividad física.....	105
Ilustración 56: Categoría actividad física.....	105
Ilustración 57: Recibió leche	105
Ilustración 58: Estado nutricional mayores.....	106
Ilustración 59: Estado nutricional menores.....	106
Ilustración 60: Adiciona sal	107
Ilustración 61: Sal tipo.....	108
Ilustración 62: Tiene patología	108
Ilustración 63: Vacunación	108
Ilustración 64: Control odontológico	109
Ilustración 65: Dispensarización	110
Ilustración 66: Intervención	110
Ilustración 67: Porcentaje de seguros privados por sector	116
Ilustración 68: Adscripción por sector	117
Ilustración 69: Número de personas en cada familia por sectores	117

Ilustración 70: Cocina en el dormitorio	118
Ilustración 71: Lee y escribe	118
Ilustración 72: Crisis no normativas por sector.....	119
Ilustración 73: Crisis normativas por sector.....	120
Ilustración 74: Funcionalidad	120
Ilustración 75: Ciclo de familia	121
Ilustración 76: Núcleos familiares.....	121
Ilustración 77: Actividad física.....	123
Ilustración 78: Control odontológico	125

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Matriz para ajuste de problemas	136
Anexo 2: Consentimiento informado	137
Anexo 3: Análisis familiar	140
Anexo 4: Solicitud para asignación de población del estudio	144
Anexo 5: Cronograma de actividades del Club del Adulto Mayor de Ponciano Bajo	145
Anexo 6: Mapa de área de influencia EAIS número 17D03EU36.....	146
Anexo 7: Solicitud para realización de la propuesta de estudio.....	147
Anexo 8: Acta de reunión entre Planta Central, Coordinación Zonal y Delegado del Distrito 17d03 para la presentación y autorización de la propuesta de trabajo de titulación	149
Anexo 9: Solicitud para entrega de dispositivos móviles	151
Anexo 10: Solicitud para entrega de dispositivos móviles	152
Anexo 11: Solicitud de capacitación para uso de dispositivos móviles	154
Anexo 12: Agenda para capacitación en el llenado de la ficha familiar	155
Anexo 13: Entrega de tablets.....	158
Anexo 14: Cumplimiento de capacitación	159
Anexo 15: Croquis del control de visitas	163
Anexo 16: Registro de réplicas del llenado de la ficha familiar	164
Anexo 17: Autorización de entrega de las tablets al distrito	166
Anexo 18: Mapa parlante.....	167
Anexo 19: PLOS	168

ABREVIACIONES

- **APS-R:** Atención Primaria en Salud – Renovada.
- **ASIS:** Análisis situacional integral de salud o análisis situacional de salud (ASIS).
- **Categoría 14:** Centro de Salud B, 4º Nivel de Complejidad en el Primer Nivel de Atención.
- **Categoría 15:** Centro de Salud C, 5º Nivel de Complejidad en el Primer Nivel de Atención.
- **Centro de Salud B:** Establecimiento del Sistema Nacional de Salud con población adscrita de 10.000 a 50.000 habitantes, realiza promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, cuenta con servicios de medicina general, odontología, psicología, enfermería con apoyo de nutrición y trabajo social.
- **Centro de Salud C:** Establecimiento del Sistema Nacional de Salud, realiza promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, cuenta con servicios de medicina general, especialidades básicas (ginecología, pediatría), odontología, psicología, enfermería, maternidad de corta estancia, emergencia, cuenta con servicios auxiliares de diagnóstico: laboratorio clínico, imagenología básica, audiometría, farmacia institucional, promueve acciones de salud pública y participación social, cumple con normas y programas de atención del Ministerio de Salud Pública.
- **CLS:** Comité local de salud.
- **ComCAD:** Comité de Coordinación Asistencial Docente
- **EAIS:** Equipos de Atención Integral de Salud.
- **ECV:** Enfermedades Cerebro Vasculares.
- **EU:** Establecimiento urbano.
- **HTA:** Hipertensión arterial.
- **IESS:** Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.
- **INEC:** Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.
- **IO:** Instrucciones Operativas.
- **ISSFA:** Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas del Ecuador.
- **ISSPOL:** Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional.
- **MAIS-FCI:** Modelo de Atención en Salud, Familiar, Comunitario e Intercultural.
- **MSP:** Ministerio de Salud Pública.
- **ODM:** Objetivos de Desarrollo del Milenio.
- **PAHO:** Organización Pan Americana de la Salud.
- **PLOS:** Plan Local Operativo de Salud.

- **PNBV 2013 – 2017:** Plan Nacional del Buen Vivir 2013 – 2017.
- **SAM VERSIÓN 1.0:** Sistema de Atención Médica, informático utilizado en el Centro de Salud Cotocollao.
- **TAPS:** Técnicos en Atención Primaria en Salud.
- **TICS:** Tecnología de la información y comunicación.
- **VIH:** Virus de inmunodeficiencia humana.

RESUMEN EJECUTIVO

El Modelo de Atención en Salud constituye una herramienta, mediante la cual los gobiernos garantizan el derecho a la salud, sin embargo es indispensable que se encuentre vinculado con el Modelo de Gestión y de Financiamiento ya que de ello dependerán los servicios (paquete de prestaciones) que se brinden a la población.

El Ecuador cuenta con un marco legal detallado que garantiza a su población el acceso a los servicios de atención a la salud, lo que sustenta al Modelo de Atención Integral de Salud, Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), como Política Pública emitida por la Autoridad Sanitaria Nacional, tomando como estrategia principal a la Atención Primaria en Salud – Renovada (APS-R).

El MAIS-FCI es el conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos, que al complementarse, organizan el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias, la comunidad y el entorno. Sus componentes son: organización, gestión, financiamiento y provisión de servicios, siendo este último el ámbito investigado, por cuanto es el elemento clave de la ejecución de dicha Política Pública a nivel local, a través de los Equipos de Atención Integral de Salud (EAIS).

El estudio se desarrolló en el Centro de Salud de Cotocollao, que cuenta con una población de responsabilidad estimada al año 2016, de 82.655 personas (Estadística Distrito 17D03, 2016), con el fin de operativizar dicho modelo de atención se trabajó en un grupo poblacional, al cual se le realizó atención médica por ciclos de vida, visita familiar aplicando herramientas de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Con los datos obtenidos, se actualizó de manera conjunta con los directivos, personal operativo y la comunidad, el diagnóstico y análisis situacional integral de salud (ASIS), también se diseñaron estrategias de intervención colectiva, que respondieron a las necesidades de la población.

En cuanto a la participación comunitaria se fortaleció al comité local de salud (CLS), con el fin de diseñar el plan local que tomó en cuenta las necesidades de los beneficiarios y no solo las estrategias de quienes brindan el servicio. Para validar herramientas anteriores, se aplicó el Plan Local Operativo de Salud (PLOS) que evitó la creación innecesaria de otras nuevas. Todo ello permitirá a los tomadores de decisiones re-

direccionar estrategias operativas y planificar intervenciones sustentadas que mejoren la gestión en beneficio de la población.

El presente estudio evidencia las experiencias positivas y negativas de la operativización del MAIS-FCI, en cuanto a su aplicabilidad, gestión de talento humano, necesidades de capacitación, además en su desarrollo constituyó un documento de referencia para intervenciones a nivel nacional.

El estudio se realizó mediante investigación cualitativa, específicamente investigación acción, por cuanto es un problema relacionado con el sistema de salud y su interacción entre grupos de trabajo.

PALABRAS CLAVE: Modelo de Atención, EAIS, TAPS, Medicina Familiar y Comunitaria, Comunidad.

EXECUTIVE SUMMARY

The Health Care Model is a tool, through which governments guarantee the right to health, but it is essential that it be linked to the Management and Financing Model, since this will depend the services (benefits package) that are provided to the population.

Ecuador has a detailed legal framework that guarantees its population access to health care services, which supports the Comprehensive Health, Family, Community and Intercultural Care Model (MAIS-FCI), as a Public Policy issued By the National Sanitary Authority, taking as main strategy the Primary Health Care - Renewed (APS-R).

The MAIS-FCI is the set of strategies, rules, procedures, tools and resources, which when complemented, organize the National Health System to respond to the health needs of individuals, families, the community and the environment. Its components are: organization, management, financing and provision of services, the latter being the area investigated, because it is the key element of the implementation of said Public Policy at the local level, through the Integral Health Care Teams (EAIS).

The study was carried out at the Cotacollao Health Center, which has a population of responsibility estimated at 2016, of 82,655 people (Estadística Distrito 17D03, 2016), in order to operate this care model, we worked in a population group, to which was provided medical care for life cycles, a family visit applying tools of the Family and Community Medicine specialty. With the data obtained, it was updated jointly with the managers, operational personnel and community, the diagnosis and comprehensive health situation analysis (ASIS), also were designed strategies of collective intervention, which responded to the needs of the population.

With regard to community participation, the local health committee (CLS) was strengthened in order to design the local plan that took into account the needs of the beneficiaries and not only the strategies of those who provide the service. To validate previous tools, the Local Health Operational Plan (PLOS) was applied, which avoided the unnecessary creation of new ones. This will allow decision makers to re-address operational strategies and plan sustained interventions that improve management for the benefit of the population.

The present study evidences the positive and negative experiences of the operationalization of the MAIS-FCI, in terms of its applicability, human talent management, training needs, and in its development was a reference document for interventions at the national level.

The study was carried out through qualitative research, specifically action research, because it is a problem related to the health system and its interaction between working groups.

KEY WORDS: Care Model, EAIS, TAPS, Family and Community Medicine, Community.

1. PRESENTACIÓN

Los modelos de atención en salud responden a la necesidad por parte de quienes administran el Estado, de cumplir con los derechos humanos (UNESCO, 2008), dentro de ellos el derecho a la salud, para lo cual es necesario que se encuentre alineado con la política y estrategias de gobierno vigentes, que son parte del sistema económico al cual el país pertenece.

El Derecho a la Salud incluye: el derecho de comer, descansar y cuidarse, protección de la salud pública, vigilancia de la salud individual; lo que llama la atención es que no incluye directamente el derecho a la atención médica (Núñez, 2007). Es por eso que el propósito del MAIS es 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, documentos en los cuales si se establece a la atención médica como un derecho.

Como antecedente, para ejecutar el Modelo de Atención en Salud, es necesario conocer el Modelo Económico del Ecuador, que en su Constitución, artículo 283 menciona que: el sistema económico es social y solidario (Asamblea Nacional Republica del Ecuador, 2008), lo cual ha ocasionado discrepancias pues en el contexto internacional el Ecuador depende de un sistema económico social de mercado, es decir de la globalización neoliberal, independientemente de las convicciones ideológicas – políticas, deseos y aspiraciones (Universidad Politécnica Salesiana, n.d.).

El Modelo de Atención en Salud en el país enfrenta problemas como la fragmentación, centralización y desarticulación en la provisión de servicios de salud, además del enfoque biologista curativo de la atención médica, que limita una atención integral e integrada, que ocasiona un alto gasto de bolsillo y finalmente tiene impacto en la situación económica de quienes requieren atención médica (MSP, 2012a).

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 (MSP, 2012a).

El Manual del Modelo de Atención Integral de Salud en su capítulo 3 (MSP, 2012a), propone como estrategia al enfoque de Atención Primaria Renovada (APS-R) como parte fundamental del desarrollo humano sustentable, el cual propone el acceso universal y protección social en salud, respuesta integral a las necesidades, equipos de trabajadores de la salud que facilitan el acceso a tecnología y medicamentos y su uso adecuado, participación de la sociedad civil en el diálogo sobre políticas y mecanismos de rendición de cuentas, la APS no es barata; requiere inversiones importantes, pero permite utilizar los recursos mejor que las demás opciones (OPS, 2008).

Sobre el propósito del MAIS es: articular al Sistema Nacional de Salud con la garantía de los derechos en salud y con el Plan Nacional de Desarrollo del Buen Vivir, para mejorar las condiciones de vida y salud de la población ecuatoriana, a través de la implementación del MAIS, bajo la estrategia APS-R (MSP, 2012a).

En cuanto al objetivo del MAIS es: integrar y consolidar la estrategia de APS en los tres niveles de atención, reorientando los servicios de salud a promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos para atención integral, de calidad, con énfasis en la participación de sujetos sociales (MSP, 2012a).

APS lleva implícito la formación del recurso humano que garantice la atención. En el Ecuador, en el marco del Plan Nacional del Buen Vivir (SENPLADES, 2013), se diseña la estrategia de construcción de los Distritos Integrales de Salud a fin de que se implemente el MAIS-FCI. En este proyecto se inserta el programa de formación del especialista de Medicina Familiar y Comunitaria.

El motivo de integrar y consolidar la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada, como parte integral del desarrollo del sistema de salud, permite que no atienda solamente los problemas de salud del individuo, sino que la familia y la comunidad son consideradas también en la planificación y las intervenciones de salud, de manera integral, con enfoque intercultural, con énfasis en la promoción - prevención y con la representación intersectorial, ya que conservarla y recuperarla, no es exclusivamente del accionar del sistema sanitario (Ortiz, Jiménez, & Gafas, n.d.).

Entre los elementos esenciales de un sistema de salud basado en APS y a los que se le debe prestar especial atención, es al desarrollo del recurso o talento humano, quienes deben poseer las competencias para que se desempeñen con la calidad necesaria dentro del equipo de salud y sean verdaderos agentes transformadores de la salud de sus comunidades (Ortiz et al., n.d.).

La atención primaria de la salud ha sido malentendida como la “dotación de un paquete de prestaciones básicas pero insuficientes a los más pobres”, conceptos que mantienen las inequidades sociales. La palabra “atención” induce a pensar en un servicio, sobre todo médico, donde hay proveedores activos y recipientes pasivos (resaca mental del modelo flexneriano). Por otro lado, la palabra “primaria” induce a subvalorar el contenido de ese servicio e identificarlo con lo elemental, empírico y de tercera o cuarta clase; es decir, un servicio paralelo y barato para los pobres (Tejada, 2013).

El término en Alma-Ata consideraba como primario a lo esencial, nuclear, fundamental, sustantivo y prioritario. La meta “Salud para todos en el año 2000”, requeriría de formas no tradicionales para poder ser alcanzada. La atención primaria de la salud sería entonces esa nueva forma; es decir, la estrategia e instrumento idóneos para alcanzar tan ambiciosa meta (Tejada, 2013).

En el Ecuador el primer nivel de atención constituye la puerta de entrada y debe resolver el 80% de las necesidades de salud de la población, además mediante el sistema de referencia contrarreferencia se garantiza el acceso a unidades y servicios de mayor complejidad hasta la resolución de la necesidad o problema (MSP, 2012a).

La atención en salud constituye un sistema, (desde la perspectiva holística e integradora), cuyo aspecto importante lo constituyen las inter-relaciones y los conjuntos que a partir de ellas emergen (Arnold & Osorio, 1998). Al afectarse cualquier ámbito de la calidad de atención, existe impacto en los otros, como globalidad, integración y efectividad principalmente (Mercenier, 1997).

El Centro de Salud Cotocollao, lugar en el que se desarrolló el estudio es una institución pública, donde la población asignada, corresponde a la que se encuentra en su área geográfica asignada, es decir, su responsabilidad no solo involucra a quienes acuden a la Unidad Operativa, sino también a quienes no lo hacen, pertenecen al sector y no cuentan con seguro de algún tipo, aproximadamente un 60% de la misma, aspecto

fundamental para conseguir mayor impacto en base a lógica de cobertura, establecida en el Modelo de Atención vigente en el Ecuador (MSP & Gobernanza, 2013a).

No se puede establecer el porcentaje exacto de la población adscrita del MSP (OPS/OMS, 2008), por cuanto en el Ecuador no existen bases de datos para que gestores administrativos de salud se fundamenten en ello, lo que ocasiona que quienes cuentan con seguros privados pueden acudir a su seguro y al MSP, sin embargo quienes no tienen ningún seguro, únicamente pueden acudir al MSP que suele estar colapsado.

El estudio sistémico local, pretende establecer una intervención en relación a la ejecución del Modelo de Atención en Salud. Es importante que se lo haga de manera inmediata, desde diferentes ámbitos, ya que su impacto, se relaciona de manera estrecha con una mejor situación económica en el Ecuador (Freire, 2006).

1.1 Contexto de la Investigación

A continuación se presenta la información previa existente, obtenida del análisis de la situación inicial, que permitió identificar las características de los clientes, trabajadores, gerentes, además facilitó la selección de la problemática de estudio, en base a los principales problemas identificados (van Heusden, n.d.).

1.1.1 Generalidades

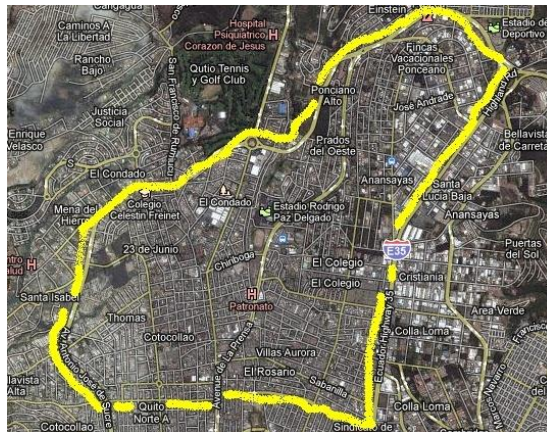
El Centro de Salud Cotocollao, pertenece administrativamente al Distrito de Salud 17D03, del Ministerio de Salud Pública, se encuentra ubicado en la calle John F. Kennedy N66-93 y Lizardo Ruíz, en el Barrio La Delicia de la parroquia de Cotocollao, provincia de Pichincha, funciona desde hace 25 años, hace 6 años fue ampliada a un edificio de tres plantas de hormigón, de aproximadamente 2.700 metros de construcción. Constituye la unidad principal del distrito, es el sitio de reuniones de las unidades operativas del área geográfica asignada, y el lugar de coordinación de trámites técnicos, administrativos, financieros.

1.1.2 Situación Geográfica

Cotocollao está situado, a un altura promedio de 2.784 metros sobre el nivel del mar. Su ubicación geográfica es de 0 grados 0 minutos 30 segundos longitud éste y entre 0,2 y 0,8 minutos latitud Sur. El valle de Cotocollao está en el sitio de lo que fue un gran lago geológicamente reciente. La tierra de esta área, conocida como chocoto ha dejado una arcilla fina y negra que fue el origen de la industria alfarera de Cotocollao (Chávez, 2006).

La parroquia de Cotocollao se encuentra ubicada en el Noroccidente del área urbana, con una extensión de 1.813 hectáreas, en un valle longitudinal, situado en una faja angosta de tierra, entre la loma de Carretas y las faldas del volcán Pichincha. Cotocollao tiene un clima templado que oscila entre 12 a 20°C.

Ilustración 1: Mapa del Centro de Salud, Cotocollao



Fuente: Archivo de Epidemiología Distrito 17D03

Elaboración: Norma Montesdeoca MPH

En cuanto a los límites del área geográfica asignada al norte se encuentra la avenida Diego de Vásquez hasta el intercambiador de Carcelén, al sur la avenida del Maestro, Flavio Alfaro hasta la avenida Mariscal Sucre, al oeste la avenida Mariscal Sucre hasta la Calle los Nogales, al este la avenida Galo Plaza Lasso y Panamericana Norte hasta el intercambiador de Carcelén.

1.1.3 Organización

El Centro de Salud Cotocollao es una unidad de atención en salud categoría I4, es decir Centro de Salud Tipo B, de primer nivel de atención, con servicio de consulta externa y emergencia de 8 horas (MSP, 2012b).

Ilustración 2: Estructura Orgánica de las Direcciones Distritales



Fuente: Estatuto del Ministerio de Salud Pública (Ministerio de Salud Pública, 2013)

En cuanto a su equipo de trabajo, es importante tomar en cuenta que en el componente de la provisión de servicios de salud, juega un rol importante el Equipo de Atención Integral en Salud (EAIS), conformado por: médico/a general o especialista en Medicina Familiar y Comunitaria; enfermero/a y técnico/a de atención primaria (TAPS). Cabe resaltar que a nivel urbano el estándar es de un EAIS por cada 4.000 habitantes (MSP, 2012a).

1.1.4 Atributos demográficos

La población asignada para el año 2016 se presenta en la Tabla 1.

Tabla 1: Población asignada al Centro de Salud Cotocollao. Año 2016

SEXO	GRUPOS PROGRAMATICOS									TOTAL	EMBARAZADAS
	Menores 1 año	1 - 4 Años	5 - 9 Años	10 - 14 Años	15 - 19 Años	20 - 64 Años	65 - 74 Años	75 y más			
HOMBRE	624	3100	3847	3680	3550	21973	1594	988	39356		
MUJER	643	3189	3949	3790	3712	24918	1890	1208	43299	1421	
TOTAL	1267	6289	7796	7470	7262	46891	3484	2196	82655	1421	
PORCENTAJE	1,53%	7,61%	9,43%	9,04%	8,79%	56,73%	4,22%	2,66%			

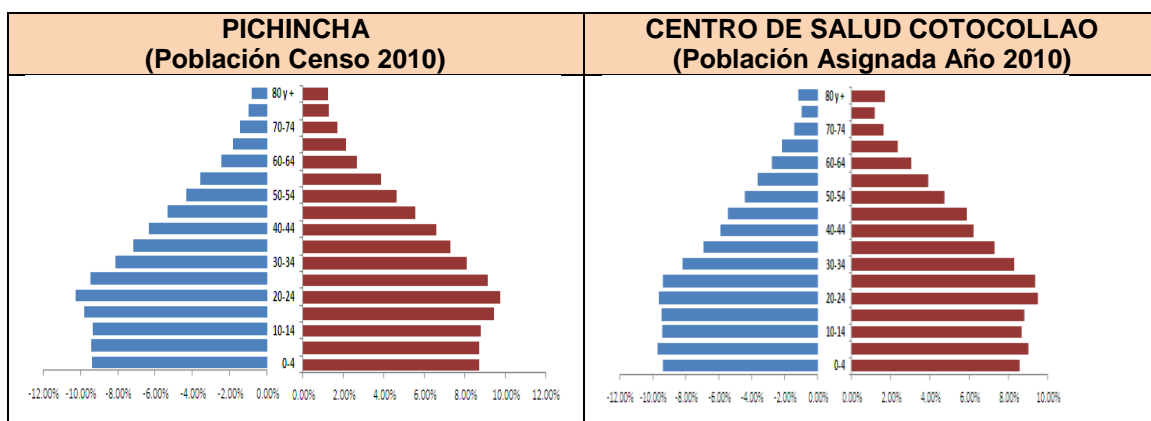
Fuente: Coordinación Zonal 9, Pichincha 2016

Con el propósito de facilitar el análisis de la población de responsabilidad se tomó en cuenta la pirámide poblacional del año 2010 (año del último censo), en la cual se aprecia en la estructura por sexo superioridad numérica de los hombres al nacer, observando la

mayor longitud de la barra inferior de la pirámide (grupo de 0 a 4 años). En cuanto a la estructura por edad se divide la población en jóvenes (de 0 a 14 años), adultos (de 15 a 64 años) y ancianos (65 años y más), se puede concluir que existe mayor cantidad de población adulta (Muñoz, 2008).

En cuanto a la forma de la pirámide es progresiva, indica una destacada importancia de población joven, con una base ancha por las altas tasas de natalidad, y una rápida disminución de la población conforme se enfoca la cima (es decir, con una reducción del número de ancianos), por tasas de mortalidad elevadas y esperanza de vida baja. Es necesario evaluar las causas que han producido esa alta natalidad y alta mortalidad, así como las consecuencias derivadas del alto porcentaje de jóvenes (fuerte demanda de puestos de trabajo, elevado paro, emigración, aumento de determinados servicios, etc.) (Muñoz, 2008).

Ilustración 3: Pirámides de Población de Pichincha y del Área de Salud Cotacollao. 2010



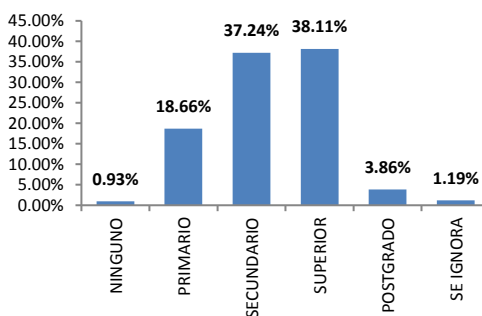
Fuente: INEC, Censo de Población 2010, Población Asignada MSP.

Elaboración: Autores

1.1.5 Educación y economía

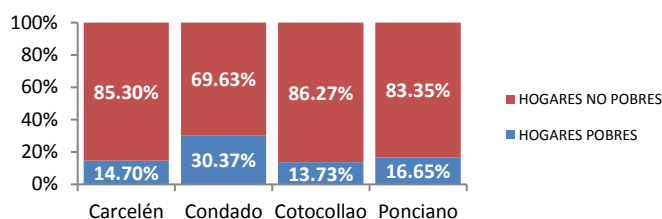
En Cotacollao la población cuenta en su mayoría con educación formal; con respecto a la situación económica, según el Censo de Población y Vivienda 2010, menos del 15% de hogares son pobres.

Ilustración 4: Nivel de Instrucción de los pobladores. Cotocollao. 2010



Fuente: Censo de Población y Vivienda (CPV 2010). Instituto Nacional de Estadística y Censos.
Elaboración: Autores

Ilustración 5: Porcentaje de hogares por nivel de pobreza. Cotacollao. 2010



Fuente: Censo de Población y Vivienda (CPV 2010). Instituto Nacional de Estadística y Censos.
Elaboración: Autores

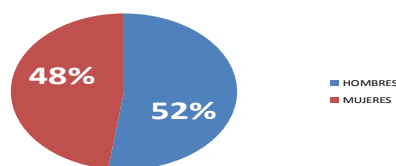
1.1.6 Mortalidad

El Centro de Salud Cotacollao en su zona geográfica de influencia cuenta con las parroquias de: (los números colocados a la derecha del nombre de parroquia corresponden al código con el cual el INEC presenta los datos en sus tablas publicadas en la página web (INEC, 2010a)): Cotacollao-06, Ponciano-24, y parte de la población de Carcelén-20, el análisis al inicio procesa las causas de defunción localizadas en la parroquia Distrito Metropolitano de Quito-50, que en algunas ocasiones consolida las causas del resto de parroquias descritas.

1.1.6.1 Mortalidad General en la Zona Urbana

En la parroquia Cotacollao en el año 2014 (último año publicado) se observaron 546 casos de defunciones, con una población de 31.000 (al 2010, ya que no se pudo encontrar 2014) es decir una tasa de mortalidad general aproximada de 1.761 por 100.000 (INEC, 2010b, 2015).

Ilustración 6: Distribución de defunciones por sexo. Zona Urbana. Cantón Quito. 2014



Fuente: INEC, Defunciones 2014

Elaboración: Autores

1.1.6.2 Mortalidad Parroquia Cotocollao

Se puede identificar a las enfermedades crónicas no transmisibles y sus complicaciones, como causa importante de la mortalidad en la parroquia Cotocollao. Llama la atención el cáncer de estómago en tercer lugar, cirrosis por probables problemas alcohólicos en el cuarto lugar y enfermedades pulmonares en los diferentes ciclos de vida. También es notable las diferentes clases de tumores como: el cáncer uterino en el lugar 19 y el prostático en el 20 entre muchos otros. Se observan suicidios en la posición 24 y causas no determinadas en la 25. Es curioso en el lugar 34 encontrar la desnutrición.

Tabla 2: Defunciones Generales. Parroquia Cotocollao. 2014

		Frecuencia	%	% acumulado
1	J189 Neumonía, no especificada	30	5%	5%
2	I219 Infarto agudo del miocardio, sin otra especificación	19	3%	9%
3	C169 Tumor maligno del estómago, parte no especificada	15	3%	12%
4	K746 Otras cirrosis del hígado y las no especificadas	15	3%	14%
5	V892 Persona lesionada en accidente de tránsito, de vehícul	13	2%	17%
6	I619 Hemorragia intraencefálica, no especificada	12	2%	19%
7	I110 Enfermedad cardíaca hipertensiva con insuficiencia car	10	2%	21%
8	J841 Otras enfermedades pulmonares intersticiales con fibro	10	2%	23%
9	J440 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con infección	9	2%	24%
10	P220 Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido	9	2%	26%
11	C509 Tumor maligno de la mama, parte no especificada	8	1%	27%
12	E119 Diabetes mellitus no insulino dependiente, sin mención	8	1%	29%
13	E149 Diabetes mellitus no especificada, sin mención de comp	8	1%	30%
14	I10 Hipertensión esencial (primaria)	8	1%	32%
15	I509 Insuficiencia cardíaca, no especificada	8	1%	33%
16	I679 Enfermedad cerebrovascular, no especificada	8	1%	35%
17	J449 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especifica	8	1%	36%
18	N189 Insuficiencia renal crónica, no especificada	8	1%	38%
19	C539 Tumor maligno del cuello del útero, sin otra especific	7	1%	39%
20	C61 Tumor maligno de la próstata	7	1%	40%
21	I609 Hemorragia subaracnoidea, no especificada	7	1%	42%
22	E142 Diabetes mellitus no especificada, con complicaciones	6	1%	43%
23	I64 Accidente vascular encefálico agudo, no especificado c	6	1%	44%
24	Y209 Ahorcamiento, estrangulamiento y sofocación, de intenc	6	1%	45%
25	Y349 Evento no especificado, de intención no determinada, I	6	1%	46%
26	A419 Septicemia, no especificada	5	1%	47%
27	C189 Tumor maligno del colon, parte no especificada	5	1%	48%
28	C349 Tumor maligno de los bronquios o del pulmón, parte no	5	1%	49%
29	J159 Neumonía bacteriana, no especificada	5	1%	50%
30	K859 Pancreatitis aguda, no especificada	5	1%	51%
31	N390 Infección de vías urinarias, sitio no especificado	5	1%	51%
32	C449 Tumor maligno de la piel, sitio no especificado	4	1%	52%
33	C56 Tumor maligno del ovario	4	1%	53%

34	E46 Desnutrición proteicoalórica, no especificada	4	1%	54%
35	I120 Enfermedad renal hipertensiva con insuficiencia renal	4	1%	54%
36	I259 Enfermedad isquémica crónica del corazón, no especific	4	1%	55%
37	I500 Insuficiencia cardíaca congestiva	4	1%	56%
38	W190 Caída no especificada, vivienda	4	1%	57%
39	W199 Caída no especificada, lugar no especificado	4	1%	57%
40	X700 Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento	4	1%	58%
41	C23 Tumor maligno de la vesícula biliar	3	1%	59%
42	C249 Tumor maligno de las vías biliares, parte no especific	3	1%	59%
43	C719 Tumor maligno del encéfalo, parte no especificada	3	1%	60%
44	C97 Tumores malignos (primarios) de sitios múltiples indep	3	1%	60%
45	E43 Desnutrición proteicoalórica severa, no especificada	3	1%	61%
46	G309 Enfermedad de Alzheimer, no especificada	3	1%	61%
47	G409 Epilepsia, tipo no especificado	3	1%	62%
48	I269 Embolia pulmonar sin mención de corazón pulmonar agudo	3	1%	62%
49	I678 Otras enfermedades cerebrovasculares especificadas	3	1%	63%
50	J90 Derrame pleural no clasificado en otra parte	3	1%	64%
51	V899 Persona lesionada en accidente de vehículo no especifi	3	1%	64%
52	X599 Exposición a factores no especificados que causan otra	3	1%	65%
53	A09 Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccios	2	0%	65%
54	C259 Tumor maligno del páncreas, parte no especificada	2	0%	65%
55	C329 Tumor maligno de la laringe, parte no especificada	2	0%	66%
56	C629 Tumor maligno del testículo, no especificado	2	0%	66%
57	C73 Tumor maligno de la glándula tiroides	2	0%	66%
58	C900 Mieloma múltiple	2	0%	67%
59	C920 Leucemia mieloide aguda	2	0%	67%
60	C929 Leucemia mieloide, sin otra especificación	2	0%	68%
61	D374 Tumor de comportamiento incierto o desconocido del col	2	0%	68%
62	E102 Diabetes mellitus insulino dependiente, con complicacio	2	0%	68%
63	E112 Diabetes mellitus no insulino dependiente, con complica	2	0%	69%
64	E129 Diabetes mellitus asociada con desnutrición, sin menci	2	0%	69%
65	F03 Demencia, no especificada	2	0%	69%
66	G20 Enfermedad de Parkinson	2	0%	70%
67	G301 Enfermedad de Alzheimer de comienzo tardío	2	0%	70%
68	I119 Enfermedad cardíaca hipertensiva sin insuficiencia car	2	0%	71%
69	I129 Enfermedad renal hipertensiva sin insuficiencia renal	2	0%	71%
70	J42 Bronquitis crónica no especificada	2	0%	71%
71	J849 Enfermedad pulmonar intersticial, no especificada	2	0%	72%
72	J960 Insuficiencia respiratoria aguda	2	0%	72%
73	K550 Trastorno vascular agudo de los intestinos	2	0%	72%
74	K650 Peritonitis aguda	2	0%	73%
75	K659 Peritonitis, no especificada	2	0%	73%
76	K810 Colecistitis aguda	2	0%	73%
77	M199 Artrosis, no especificada	2	0%	74%
78	M321 Lupus eritematoso sistémico con compromiso de órganos	2	0%	74%
79	N179 Insuficiencia renal aguda, no especificada	2	0%	75%
80	N19 Insuficiencia renal no especificada	2	0%	75%
81	P529 Hemorragia intracraneal (no traumática) del feto y del	2	0%	75%
82	Q225 Anomalia de Ebstein	2	0%	76%
83	R54 Senilidad	2	0%	76%
84	R688 Otros síntomas y signos generales especificados	2	0%	76%
85	X959 Agresión con disparo de otras armas de fuego, y las no	2	0%	77%
86	X990 Agresión con objeto cortante, vivienda	2	0%	77%
87	X999 Agresión con objeto cortante, lugar no especificado	2	0%	77%
88	A159 Tuberculosis respiratoria no especificada, confirmada	1	0%	78%
89	A162 Tuberculosis de pulmón, sin mención de confirmación ba	1	0%	78%
90	A809 Poliomieltis aguda, sin otra especificación	1	0%	78%
91	B203 Enfermedad por VIH, resultante en otras infecciones vi	1	0%	78%
92	C160 Tumor maligno del cardias	1	0%	78%
93	C170 Tumor maligno del duodeno	1	0%	79%
94	C218 Lesión de sitios contiguos del ano, del conducto anal	1	0%	79%
95	C220 Carcinoma de células hepáticas	1	0%	79%
96	C221 Carcinoma de vías biliares intrahepáticas	1	0%	79%
97	C229 Tumor maligno del hígado, no especificado	1	0%	79%
98	C241 Tumor maligno de la ampolla de Vater	1	0%	79%
99	C250 Tumor maligno de la cabeza del páncreas	1	0%	80%
TOTAL		546	100%	

Fuente: INEC, Defunciones 2014 (último año publicado a la conclusión del estudio)

Elaboración: Autores

2. ANÁLISIS SITUACIONAL

2.1 Antecedentes

Las defunciones en el Ecuador demuestran que el problema relacionado con la ejecución de estrategias para intervención en la salud de la población, no ha provocado un cambio importante en el lapso de 10 años, es limitado el porcentaje de disminución en enfermedades de alta evitabilidad y los problemas del registro de información han incrementado, como se demuestra en las causas mal definidas que pasan de 0,11% en el 2004 a un 0,61% en el 2014.

El Modelo de Atención en Salud de un país constituye un problema cuando se mantiene como política pública que no se puede ejecutar u operativizar para evaluar sus resultados y reorientar las diferentes estrategias en base a datos sólidos, los cuales se evidencian de mejor manera con la sistematización de los mismos recolectados en campo y mucho mejor si para ello intervienen los involucrados directamente.

2.2 Características generales del problema

2.2.1 Componentes del MAIS

Producto de la entrevista semi estructurada a 60 usuarios externos que acudieron al Centro de Salud Cotocollao seleccionados al azar y a 10 usuarios internos (personal), se identificaron las siguientes novedades:

2.2.1.1 Provisión de servicios

Tabla 3: Observaciones del flujo de pacientes en el Centro de Salud Cotocollao, 2015

ELEMENTOS	VARIABLE	OBSERVACIÓN
Grupos de población a quienes se entregará la atención	Individuos y familias considerando las necesidades de acuerdo al ciclo vital	La agendación de cita para atención por call center provoca que quienes la solicitan al número telefónico 171, se las programe para un mes después aproximadamente, momento en el cual algunos ya han resuelto su problema de salud agudo. No existe una variable en el sistema de información para establecer el ciclo vital a pesar de que si se describe la edad.
	Grupos prioritarios establecidos en la Constitución de la República	Solo se identificaron mujeres embarazadas, niños, niñas, adolescentes, adultos mayores, personas con enfermedades catastróficas, quienes no se benefician de ser parte de los

		<p>grupos prioritarios, pues requieren agendar cita al 171 para resolver su problema de salud</p> <p>Solo una integrante del equipo de salud, (enfermera) conoce sobre cuidados paliativos pero no ha trabajado en el tema en la población asignada</p> <p>Existieron 4 personas con dispensarización III y 1 con dispensarización IV.</p>
	Grupos expuestos a condiciones específicas de riesgo laboral, ambiental y social	No se ha identificado y por lo tanto no se ha intervenido para el cuidado y atención de la salud de las familias en riesgo biológico, psicológico y social en: visitas domiciliarias, trabajadores con riesgos laborales, comunidades sujetas a riesgos ambientales
Conjunto de prestaciones por ciclos de vida	<p>No se han actualizado</p> <p>Si se realiza atención a enfermedades catastróficas pero se lo hace de la misma manera que al resto de personas.</p> <p>La mayor parte del personal desconoce prestaciones de Promoción, Prevención, Recuperación, Rehabilitación y Cuidados Paliativos.</p>	
Escenarios de la Atención	Atención Individual	En atención individual se evalúa la dimensión biológica, no se toma en cuenta lo espiritual, social o cultural
	Atención Familiar	Los médicos generales no conocen sobre herramientas como el Apgar y FF SIL (<i>Evaluación del funcionamiento familiar según instrumento FF-SIL, n.d.</i>) para atención familiar y si lo conocen, no lo aplican
	Atención a la Comunidad	El personal cuenta con limitada participación de manera conjunta con organizaciones sociales
	Atención al ambiente o entorno natural	Existen participaciones intersectoriales con el departamento de vigilancia epidemiológica y control sanitario, pero no se encuentra coordinado con organizaciones sociales
Modalidades de atención	Atención extramural o comunitaria	<p>Se involucra parcialmente a los actores sociales de la zona de cobertura para trabajar sobre los problemas prioritarios de la población</p> <p>No se han identificado riesgos y/o daños en individuos, familias y comunidad por lo que no se han implementado de planes de atención.</p> <p>No existen actividades sistemáticas de promoción de la salud a nivel individual, familiar y comunitario.</p> <p>No existen estrategias para la atención a población priorizada y comunidades alejadas.</p> <p>Si se realiza identificación de eventos centinela para la realización de medidas epidemiológicas oportunas.</p> <p>No se realizan brigadas de salud integral a poblaciones de difícil acceso, ni brigadas de especialidad</p> <p>No se realizan visitas domiciliarias y tampoco se las da seguimiento</p>
	Atención intramural o en un establecimiento de salud.	<p>Existen prestaciones por ciclos de vida, que articulan acciones de recuperación de la salud, no se identificaron acciones para prevención de riesgos y enfermedad, promoción de la salud, cuidados paliativos y rehabilitación.</p> <p>Existen dos programas de formación el de técnicos en atención primaria (TAPS) y el de médicos familiares y comunitarios.</p> <p>No se conoce sobre: campañas informativas en fechas simbólicas, jornadas de promoción de estilos de vida saludables, jornadas vacacionales de promoción del buen trato, encuentros de culturas juveniles y urbanas, colegios garantes de derechos, clubes de enfermedades crónicas, ferias de la salud y del buen vivir, festivales de integración generacional, actividades de desarrollo comunitario y generación de ambientes saludables.</p>
	Atención en establecimientos móviles de salud	No se conoce de presencia en terreno
	Atención Pre hospitalaria	Si se realiza, sin embargo cuenta con la limitación de que para acceder a la misma se lo debe hacer a través de la red, la cual es bastante limitada para su accesibilidad
Estrategias y herramientas	Visita domiciliaria	No se realiza actividades para programar: grupo materno infantil, enfermedades de impacto (enfermedades crónicas no transmisibles, enfermedades de notificación inmediata y obligatoria), adultos en riesgo, adulto mayor, personas con discapacidad, personas con dificultad para ir a la unidad de salud, saneamiento ambiental, educación para la salud, desarrollo comunitario
	Ficha familiar (Ministerio de Salud Pública del Ecuador &	No se han sistematizado las condiciones de vida, ni se han medido determinantes sociales de la salud

	Ministerio Coordinador de Desarrollo Social del Ecuador, 2015)	No se ha coordinado con líderes comunitarios No se ha capacitado al personal previo a la realización de la ficha No existe un tarjetero para citas No se ha dispensarizado a las familias
--	--	--

Fuente: Entrevista a usuarios y personal del Centro de Salud Cotocollao, 2015

Elaboración: Autores

2.2.1.2 Organización del Sistema Nacional de Salud

El primer 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 sus estrategias en la promoción y prevención. Estas actividades serán intra y extramurales (MSP & Gobernanza, 2013a).

Dado que este componente es de un nivel organizacional jerárquico superior, no se lo tomará en cuenta para la presente investigación.

2.2.1.3 Gestión del Sistema Nacional de Salud

Ya que también constituye un elemento administrativo, no es un campo en el cual se pueda inferir de manera directa en el estudio.

2.2.1.4 Componente de financiamiento del sistema nacional de salud

No se analizará este acápite en el estudio, por cuanto corresponde al ámbito de la gerencia y no a un elemento operativo.

2.2.2 Resultados de impacto social

Se refiere a la mejora de las condiciones de salud de la población adscrita, mismas 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. Los mismos son elementos claves para fortalecer estrategias

nacionales, desde el ámbito local mediante la búsqueda exhaustiva de población objetivo del Plan Nacional del Buen Vivir 2013 – 2017 (SENPLADES, 2013).

En resumen, el Centro de Salud Cotocollao, oferta a sus usuarios, atención en salud dentro del contexto de las Políticas Públicas vigentes, con sus planes y estrategias que facilitan su operativización, sin embargo se aprecia que varios elementos no se llevan a cabo, no se ha realizado un análisis a profundidad de las posibles razones de ello, podrían ser: aspectos de competencias, prioridades locales o tal vez solo actitudes, pero eso evidencia que existen limitaciones no solo en el plano local, sino en diferentes instancias jerárquicas superiores que no intervienen en el problema, lo cual dificulta más la ejecución de lo establecido en la normativa nacional.

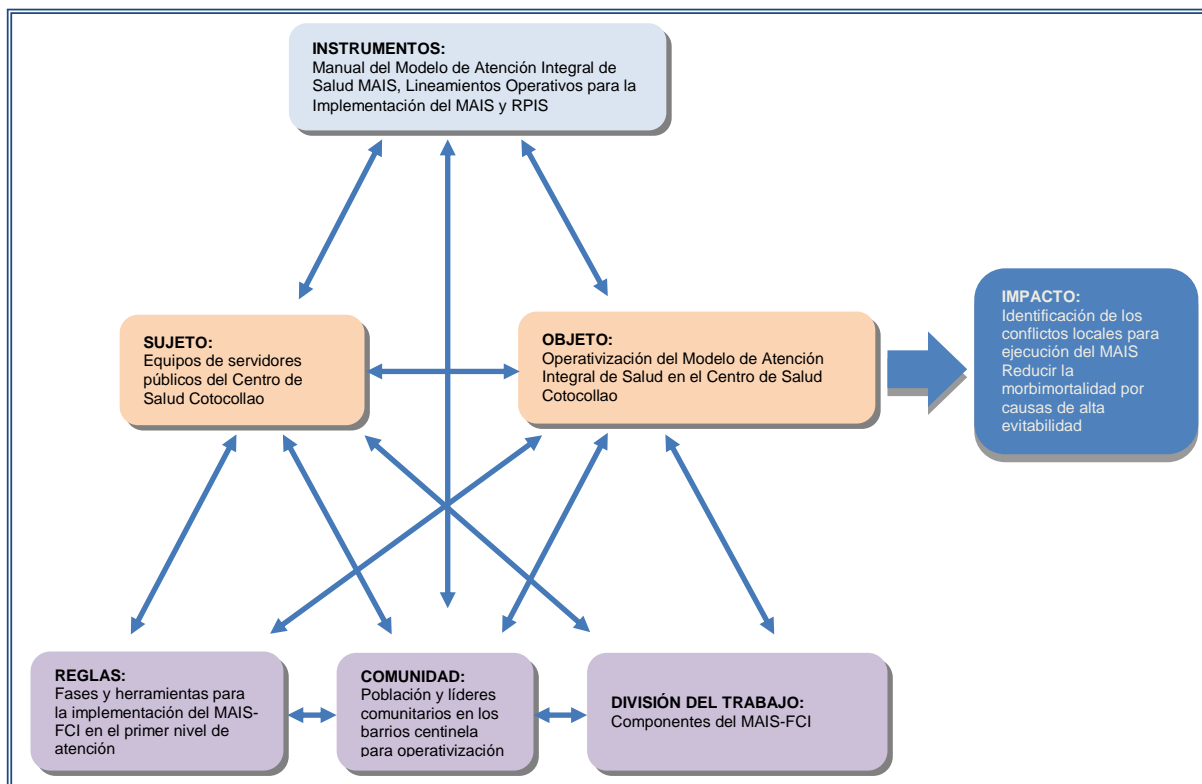
Se deben aprovechar fortalezas y debilidades de los planes de gobierno para el beneficio de la población asignada, la misma que es de su responsabilidad, es claro que muchas actividades designadas por autoridades jerárquicamente superiores, se encuentran alineadas con políticas públicas, planes, programas, estrategias, actividades y tareas, lo cual dificulta ejecutar intervenciones locales si no se aplican estrategias clave desde el ámbito gerencial.

La población desconoce con justa razón el contenido del Modelo de Atención, a pesar que ha observado cambios evidentes en los servicios en este período de gobierno, sin embargo aún queda pendiente que perciban que los servicios de salud van donde la población los necesita, a través del involucramiento con los líderes comunitarios locales, es necesario fortalecer estrategias de prevención de la salud, a pesar que existen intervenciones aisladas que se han ejecutado.

2.2.3 Modelo Descriptivo

Con el propósito de realizar una representación simplificada del uso de los recursos locales en el Centro de Salud de Cotocollao en el tema priorizado: *“Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud en el Centro de Salud Cotocollao, Provincia de Pichincha, Quito, Año 2016”*, tomando en cuenta las relaciones entre los grupos miembros del equipo de salud, se ha seleccionado un modelo que permita apreciar su estado actual, denominado Activity System (Helsinki, n.d.), el cual se centra en el punto de vista sociocultural sobre el individual.

Ilustración 7: Modelo conceptual de referencia (Activity System)



Fuente: Trabajo de Campo

Elaboración: Autores

La Ilustración 7 indica como componentes del Activity System:

2.2.3.1 Sujeto

El grupo de estudio, EAIS de servidores públicos del Centro de Salud Cotocollao, que es en quienes se evalúan las intervenciones seleccionadas para abordar el problema identificado.

2.2.3.2 Objeto

Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud en el Centro de Salud Cotocollao, relacionado con la integración de la atención, pues el MAIS permite evaluar aspectos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, tanto operativos, como administrativos, con el propósito de lograr a largo plazo y de manera conjunta con varias estrategias en el tema, disminuir la morbi mortalidad evitable.

El trabajo práctico consiste en que los funcionarios y trabajadores, en beneficio del usuario externo, estandaricen diversas formas para implementar el MAIS y facilitar la ejecución de las políticas públicas con el propósito de conseguir resultados a corto, mediano y largo plazo alineados con las estrategias nacionales planteadas por las diferentes instituciones con relación directa al campo de la salud en el país.

2.2.3.3 Comunidad

Población y líderes comunitarios en los barrios centinela para operativización, en quienes se orientará el beneficio del estudio.

2.2.3.4 Herramientas

Manual del Modelo de Atención Integral de Salud MAIS, Lineamientos Operativos para la implementación del MAIS y RPIS, para establecer el grado de cumplimiento, sus dificultades, inconvenientes, omisiones, etc.

2.2.3.5 Reglas

Fases y herramientas para la implementación del MAIS-FCI en el primer nivel de atención: son las que orientan la ejecución del mismo, se puede apreciar el fortalecimiento al primer nivel de atención, a través de la Medicina Familiar y Salud Pública, ya que aborda el 80% de los problemas, a menor costo y con recursos acordes a su capacidad resolutive. Se debe recordar que el modelo, guarda coherencia con el Plan Nacional del Buen Vivir, la Constitución y los Convenios Internacionales firmados, sus elementos fundamentales, adecuadamente sustentados, los cuales permitirán encaminar las propuestas a implementar.

2.2.3.6 División del Trabajo

Es importante definir los componentes del MAIS-FCI, así como los criterios de monitoreo y evaluación establecidos para cada uno de ellos descritos en los documentos mencionados en las “herramientas”.

2.3 Características del problema en el servicio

Para identificar las características del problema en relación al servicio, se tomaron en cuenta las funciones del primer nivel de atención (Mercenier, 1997), que se describen a continuación para compararlas y plantear la brecha entre lo ideal y lo real.

2.3.1 Contacto con la población

Permite adaptar la oferta de necesidades sentidas (por la población y el personal de salud), estimula la participación. En el Centro de Salud Cotocollao algunos grupos prioritarios no han sido intervenidos, se les brinda atención similar al resto de personas. Se están creando clubes específicos de hipertensos, diabéticos y adultos mayores para mejorar el problema.

Los pacientes ingresan por el sistema denominado call center, en el cual se agendan turnos aproximadamente un mes después o por emergencia donde se brinda atención rápida, algo que limita este inconveniente es que los estudiantes del postgrado de medicina familiar pueden auto agendarse consultas, lo que de alguna manera favorece la continuidad.

La relación con líderes comunitarios ha mejorado en las zonas intervenidas, se han conformado comités locales que cuentan con un sustento técnico que justifica y guía su participación.

2.3.2 Síntesis de la información

Es la que acompaña al paciente en caso de referencia o contrarreferencia. En la consulta existe el sistema informático que permite registrar y consultar toda la información del paciente, el inconveniente es que solo se lo puede revisar dentro de la unidad operativa y limita la información a prestadores de salud externos. De todas maneras es posible resumir la consulta actual y las anteriores pues son de fácil acceso.

2.3.3 Responsabilidad

Manejo de problemas de salud de la población asignada. En promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, al respecto el primer semestre del 2015 cuenta con 18.859 primeras consultas por morbilidad, de una población asignada total de 67.441, que nos da una tasa de utilización de 0,3, que aparentemente indica que no se atiende el estándar de 1 a 2 consultas por paciente en el año, de la población de responsabilidad.

2.4 Criterios de Calidad de la Atención

Según Mercenier (Mercenier, 1997), las características de la calidad de atención son:

- **Continuidad de la Atención:** La atención no se limita al momento de la consulta
- **Integración de la atención:** Aborda curación, prevención, promoción, rehabilitación
- **Globalidad de la Atención:** Considera a los individuos en su totalidad biopsicosocial
- **Eficacia de la Atención:** Se resuelven también problemas por los que no acuden

En cuanto a la continuidad, es necesario que todo el personal pueda agendar citas previas para poder cubrir este parámetro, al momento no se recomienda hacer eso por cuanto los controles también se solicitan al número telefónico 171 del call center, sin embargo los estudiantes de postgrado pueden hacerlo, por lo tanto el estudio puede cumplir con este criterio tanto en la atención intramural, como en lo extramural si se realiza dispensarización.

Sobre la integración existen consultas intramurales de prevención, pero no se lo realiza en la comunidad, se lo ha abordado en clubes ya que el tema de promoción y rehabilitación es un aspecto clave del trabajo extramural para su ejecución. La globalidad en la consulta intramural aborda temas biológicos y psicológicos por interconsulta, pero el tema social no se ha sistematizado, por lo cual las intervenciones en el trabajo extramural son claves para este criterio.

Lo relacionado a eficacia, muestra que existen intervenciones intramurales que abordan temas diferentes a su motivo de consulta en la atención médica, sin embargo nuevamente no se aplica al aspecto extramural.

En resumen, la calidad de atención tiene sus aciertos y errores en la atención de salud intramural, pero no se puede evaluar su impacto en el extramural pues no se ha realizado intervenciones con posterior análisis de las mismas.

2.5 Análisis del problema con el equipo de trabajo

En un primer momento se discutió con el personal de Provisión de Servicios de Salud del distrito, sobre las dificultades en la operativización del MAIS-FCI, para lo cual se presentaron los datos recolectados, se priorizaron 2 problemas:

- a) No es posible operativizar el MAIS-FCI, y
- b) No es posible conseguir participación comunitaria real.

Luego de un proceso de análisis y discusión se acordó, que es necesario operativizar el MAIS-FCI, por su pertinencia política, técnica y por su impacto en la población de responsabilidad del distrito.

En un segundo momento se analizó el tema con el grupo de trabajo conformado para esta investigación, constituido por: los autores del estudio, quienes participaron con voz pero sin voto y 3 médicos en funciones administrativas. Producto de este trabajo se identificaron los siguientes inconvenientes en relación al tema de la operativización del MAIS:

Tabla 4: Listado de problemas en relación a la operativización del MAIS en el Centro de Salud Cotocollao, 2015

#	LISTADO DE PROBLEMAS IDENTIFICADOS	
1	Conceptual	Desconocimiento del equipo de salud sobre el MAIS-FCI
2	Personal	No existe suficiente personal para ejecutar los lineamientos del MAIS
3	Limitada participación comunitaria	No hay plan de actividades para participación de líderes comunitarios
4	No existe apoyo de personal específico para la ejecución del MAIS	Existen Técnicos en Atención Primaria pero se encuentran en período de formación, por lo cual su participación es limitada
5	Personal	Call center dificulta acceso por cuanto no se respetan horarios, ejemplo: adulto mayor requiere 20 minutos para atención pero se lo agenda en 15 minutos
6	Limitada participación comunitaria	No todos los comités locales de salud cuentan con participación de líderes comunitarios

Fuente: Trabajo de campo

Elaboración: Equipo de trabajo

Luego, para evitar un exceso innecesario de problemas o su sub valoración, se realizó una matriz de ajuste que permitiera corregir esos sesgos (Anexo 1). Se editaron los problemas en relación al criterio de exclusión mutua entre ellos para seleccionar una línea específica de intervención a pesar de que el desarrollo del tema convoca a actividades en común.

Dos de los cuatro problemas identificados alcanzaron el mismo valor en la priorización, ante lo cual, para la selección del problema de estudio, se tomó en cuenta como factor decisivo la variable "oportunidad", ya que no es posible facilitar más personal. Estableciéndose de manera consensuada que el problema sobre el que se va a intervenir en este proceso de investigación – acción es que existe un desconocimiento del equipo de salud sobre el MAIS-FCI en el Centro de Salud Cotocollao.

3. MARCO CONCEPTUAL

Las Políticas Públicas son elementos clave para la gestión del sector salud, lo que a su vez permite brindar estrategias consensuadas y con fundamento técnico a la población, el desconocimiento de las mismas, dificulta su operativización en terreno, provocando un difícil acceso a beneficios de su ejecución.

Se presenta un resumen de aspectos conceptuales y normativos elementales para abordar el tema, lo que permite recordar que el Modelo de Atención está descrito en varias leyes, sin embargo su ejecución en el campo es limitada, esto provoca que no se pueda evaluar si las intervenciones provocaron o no impacto, lo cual afectaría a la población objetivo si es que la estrategia sería la más adecuada para cierto grupo poblacional.

Se describen los determinantes de la salud, para establecer que su abordaje con el Modelo de Atención Integral en Salud es un problema complejo, resultado de múltiples inconvenientes en diferentes niveles y su comprensión se facilita con el conocimiento de la teoría descrita.

Finalmente se describen estrategias de operativización o implementación tanto a nivel nacional como internacional, ya realizadas, para evitar caer en problemas que ya han sido estudiados, y tomar las fortalezas de experiencias anteriores que permitan apoyar el presente estudio.

3.1. Derechos humanos

La libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca del ser humano, la Declaración Universal de los Derechos Humanos establece en su artículo 25 que toda persona tiene derecho a salud, asistencia médica (UNESCO, 2008), dentro de la clasificación de los derechos humanos se menciona (Aguilar, 2004):

- *Primera generación:* Derechos civiles y políticos, imponen al Estado respetar los derechos fundamentales del ser humano (vida, libertad, igualdad, etc.)

- *Segunda generación:* Derechos de tipo colectivo, sociales, económicos y culturales, son obligaciones del Estado, de satisfacción progresiva según sus posibilidades económicas.
- *Tercera generación:* Derechos de los pueblos o solidaridad, son la necesidad de cooperación entre naciones.

Los derechos de segunda generación, dentro de los cuales se encuentra la salud, procuran mejorar las condiciones de vida, el deber hacer del Estado constituye la prestación de servicios, su límite es la posibilidad económica del país (Aguilar, 2004).

Sin embargo el derecho a la salud no incluye derecho a la atención médica, El derecho a la salud incluye: el derecho de comer, de descansar y de cuidarse, la protección de la salud pública, la vigilancia de la salud individual, el alcoholismo, la toxicomanía (Núñez, 2007).

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su artículo 12 establece que (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1966):

Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;

El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;

La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), establece que el derecho a la salud significa que los Estados deben crear las condiciones que permitan que todas las

personas puedan vivir lo más saludablemente posible. El derecho a la salud no debe entenderse como el derecho a estar sano (OMS, 2013).

El derecho a la salud significa que los gobiernos deben crear las condiciones que permitan a todas las personas vivir lo más saludablemente posible. Esas condiciones incluyen la disponibilidad garantizada de servicios de salud, condiciones de trabajo saludable y seguro, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. El derecho a la salud no debe entenderse como el derecho a estar sano (OMS, 2013).

El derecho a la salud no sólo abarca la atención de salud oportuna, sino también los factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva (OMS, 2013).

El derecho a la salud abarca cuatro elementos (OMS, 2013):

Disponibilidad: Se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.

Accesibilidad: Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

- No discriminación;
- Accesibilidad física;
- Accesibilidad económica (asequibilidad);
- Acceso a la información.

Aceptabilidad: Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida.

Calidad: Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

El derecho a la salud también comprende “obligaciones básicas” referentes al nivel mínimo esencial del derecho. Aunque ese nivel no se puede determinar en abstracto porque es una tarea que corresponde a los países, para guiar el proceso de establecimiento de prioridades se enumeran los siguientes elementos fundamentales (OMS, 2013):

Entre esas obligaciones básicas figuran las siguientes (OMS, 2013):

- servicios esenciales de atención primaria de la salud;
- alimentación esencial mínima que sea nutritiva;
- saneamiento;
- agua potable;
- medicamentos esenciales.

Otra obligación básica es la de adoptar y aplicar una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública en los que se tengan en cuenta las preocupaciones en materia de salud de toda la población. Esa estrategia y ese plan deberán elaborarse y examinarse periódicamente a través de un proceso participativo y transparente; deberán incluir indicadores y bases de referencia que permitan vigilar estrechamente los progresos realizados; y deberán prestar especial atención a todos los grupos vulnerables o marginados (OMS, 2013).

Los Estados Partes deben adoptar medidas para avanzar hacia la realización del derecho a la salud de conformidad con el principio de realización progresiva. Esto significa que deberán adoptar medidas deliberadas, concretas y específicas hasta el máximo de los recursos de que dispongan. Esos recursos incluyen aquellos proporcionados por el propio Estado y los procedentes de la asistencia y la cooperación internacionales. En este contexto, es importante establecer una distinción entre la incapacidad de un Estado Parte de cumplir sus obligaciones contraídas en virtud del derecho a la salud y la renuencia a cumplirlas (OMS, 2013).

Con el propósito de cumplir con los derechos humanos, desde la década de los años ochenta se han adelantado reformas a los Sistemas de Salud en casi todos los países de la región de las Américas, con énfasis en distintas áreas y también con diferentes grados de avance. El propósito de tales reformas ha ido en la dirección de establecer un marco de políticas públicas para alcanzar mejores condiciones de salud en los países,

estableciendo en los gobiernos la responsabilidad de fomentar el entorno económico propicio para que las unidades familiares mejoren su nivel de salud, por medio de políticas de crecimiento e incremento del ingreso de los pobres (World Health Organization, 2001).

3.2 Sistemas de seguros de salud

Desde la década de los años ochenta se han adelantado reformas a los Sistemas de Salud en casi todos los países de la región de las Américas, con énfasis en distintas áreas y también con diferentes grados de avance. El propósito de tales reformas ha ido en la dirección de establecer un marco de políticas públicas para alcanzar mejores condiciones de salud en los países, estableciendo en los gobiernos la responsabilidad de fomentar el entorno económico propicio para que las unidades familiares mejoren su nivel de salud, por medio de políticas de crecimiento e incremento del ingreso de los pobres (World Health Organization, 2001).

Se ha esperado que los gobiernos faciliten la diversidad y la competencia en el funcionamiento y la prestación de servicios de salud, limitándose a financiar un conjunto de acciones de salud pública y servicios clínicos esenciales, dejando el resto al financiamiento privado, vía seguros privados o sociales. Deberían también los gobiernos reglamentar los mercados de seguros privados, diseñando incentivos para aumentar la cobertura y disminuir los costos. Además, fomentar la competencia y participación privada en la prestación de servicios clínicos financiados con fondos públicos. Sin embargo, los resultados observados hasta el momento arrojan que las reformas no han convergido adecuadamente con los procesos de cambio de la seguridad social en salud, lo cual ha dificultado alcanzar a grupos de población más desfavorecidos (World Health Organization, 2001).

Es la base de la economía y la política de salud sus dimensiones son:

- *Individual*: máxima efectividad
- *Social*: mínimo costo
- *Ética*: universalidad

En resumen máxima efectividad universal con los recursos disponibles (World Health Organization, 2001).

Para facilitar el acceso a servicios de salud y tratamiento existen modelos de seguros de salud que se desarrollan según su contexto, dado por su sistema de salud, seguridad social y seguros sociales (World Health Organization, 2001).

3.2.1 Tipología de Sistemas de Seguros de Salud

3.2.1.1 El sistema de salud engloba la totalidad de acciones que la sociedad y el Estado desarrollan en salud

El sistema de salud puede ser definido como una respuesta social organizada para los problemas de salud de una determinada población. Desde esta definición todos los países poseen un sistema de salud, el cual puede estar más o menos organizado y su impacto sobre la situación de salud de la población puede ser mayor o menor, pero en cuanto exista alguna respuesta institucional - sea ésta pública o privada - se puede afirmar que se cuenta con algún sistema de salud (World Health Organization, 2001).

3.2.1.2 Un seguro de salud es una forma particular de sistema de salud

Existen configuraciones típicas de los sistemas de salud, es decir, formas de organización que tienden a repetirse, donde los diversos actores involucrados asumen roles característicos. Los sistemas de seguros de salud aparecen, cada vez más en la región de las Américas, como soluciones legítimas y eficientes para configurar una respuesta social organizada a las necesidades de salud de la población (World Health Organization, 2001).

3.2.1.3 Un seguro de salud es un esquema de protección a las personas ante la contingencia de enfermedad

Probablemente el estado del conocimiento de las ciencias de la salud permitiría el desarrollo de seguros capaces de garantizar salud a su población beneficiaria. Sin embargo, los seguros tienden a limitar sus funciones a garantizar el acceso a los bienes (medicamentos, prótesis, órtesis, etc.) y servicios (atención en el primer, segundo y tercer

nivel) que le permitirán mantenerla o recuperarla. Los seguros como dispositivos institucionales involucran la gestión de riesgos, diluyen en riesgos grupales, el riesgo individual de enfermedad y tienden a establecer una lógica solidaria en su financiamiento (World Health Organization, 2001).

3.2.1.4 Existen diversos modelos de seguros de salud

Se podría considerar que existe un continuo de alternativas en su organización cuyos extremos van desde las organizaciones privadas con fines de lucro hasta los seguros sociales financiados con recursos públicos. Sin embargo, entre ambos extremos existe un amplio número de alternativas de configuración que pasa, por ejemplo, por los seguros privados sin fines de lucro o por los seguros públicos que compiten en entornos de competencia regulada (World Health Organization, 2001).

En conclusión, los seguros pueden ser clasificados de diferentes maneras y de hecho en la literatura especializada se han desarrollado diversas taxonomías de los sistemas de seguros de salud y de seguridad social (World Health Organization, 2001).

Tabla 5: Taxonomía de los sistemas de seguros de salud y de seguridad social

	SOCIALES	PRIVADOS
Competencia	Usualmente no compiten	Compiten con precios, cobertura y calidad.
Plan de beneficios	Único	Diversidad de planes
Financiamiento	Público (contribuciones e impuestos) Subsidios cruzados a favor de los usuarios de bajo poder adquisitivo y mala salud	Primas y aranceles
Reclutamiento	Cerrado Obligatorio-clientela cautiva No seleccionan a sus beneficiarios	Voluntario Con libre afiliación Pueden practicar selección adversa. Tienden a concentrarse en aquellos de mayor ingreso y menor riesgo
Cobertura	Tiende a ser amplia	Tiende a ser focalizada en determinados grupos
Propiedad/Lucro	Pública No tienen fines de lucro	Privada Tienen fines de lucro

Fuente: OMS

Elaboración: Autores

3.2.2 Tipos ideales de sistemas de salud

El tipo ideal implica una simplificación de la realidad de modo que en la práctica puede no existir ningún caso concreto que se corresponda con él. En el caso particular de los sistemas de salud se puede afirmar que el recurso explicativo de los tipos ideales involucra (World Health Organization, 2001):

1. Identificar los rasgos distintivos de un sistema de salud
2. Verificar el carácter estructural de dichos aspectos (es decir que se trata de aspectos que si no fueran así todo el sistema funcionaría de forma diferente).
3. Verificar la representatividad de los rasgos identificados como características distintivas del tipo ideal
4. Describir los tipos ideales de forma estilizada, es decir haciendo una abstracción que centra la caracterización del sistema en los aspectos seleccionados y omite otros.

Ningún país tiene un modelo de sistema de salud puro, único, pero en algunos se observa una gran hegemonía de una forma de organización y financiación de salud que caracteriza al modelo. Cuando no existe una hegemonía neta, la identificación de los modelos resulta más difícil (World Health Organization, 2001).

El recurso a los tipos ideales suele involucrar una revisión histórica de las acciones. Se distingue entre países pioneros, intermedios y tardíos en incorporar la seguridad social (en previsión social primero y en salud luego). Existen afinidades entre las maneras en que los países atravesaron su transición al capitalismo y los mecanismos de protección social y sanitaria que en ellos se institucionalizaron. La clasificación que se presenta, adaptación simplificada, puede distinguir al menos cuatro tipos ideales de esquemas de protección social en salud (World Health Organization, 2001):

- Asistencialista
- Seguro social
- Seguridad social
- Seguros privados

3.2.2.1 Modelo asistencialista

El primer tipo ideal de protección social de la salud se refiere a la provisión de bienes y servicios públicos a las poblaciones urbanas carentes y a la creación de mecanismos de vigilancia y control de las condiciones sociales, instrumentada desde los inicios del capitalismo. Aunque los esquemas asistencialistas perduran en la actualidad, su incorporación constituye el primer capítulo de la evolución histórica de los sistemas de salud y se corresponde con la denominada fase del capitalismo competitivo que llega

hasta la primera mitad del siglo XIX. Su objetivo era asistir a las poblaciones pobres desheredadas y desprovistas de los atributos profesionales necesarios para las nuevas ocupaciones urbanas (World Health Organization, 2001).

En la actualidad el término asistencialismo se refiere a un esquema de protección social focalizada en los excluidos, necesitada o sectores más vulnerables. La concepción liberal clásica plantea a la salud como cuestión individual. A partir de ella no corresponde al Estado asumir funciones relativas ni a la prestación, ni al financiamiento ni a la regulación sectorial (World Health Organization, 2001).

De forma inversa que en el modelo universalista, desde esta óptica la salud no es un derecho del pueblo sino una obligación de los ciudadanos. Por este motivo, el denominado “Estado Mínimo” sólo se ocuparía de brindar asistencia a aquellas personas incapaces de asumir la responsabilidad individual de cuidar de su salud. Las acciones estarían, entonces, totalmente focalizadas hacia los grupos más vulnerables y necesitados. A su vez, por definición, las acciones de salud serían limitadas en su variedad y cantidad, puesto que, de lo contrario, el simple acto de su provisión por parte del Estado podría constituir un incentivo para que las personas no se hagan responsables por su propia salud (World Health Organization, 2001).

3.2.2.2 Modelo de seguro social

Con el desarrollo de una clase trabajadora mayoritaria, en las sociedades recién industrializadas comienzan a surgir mecanismos administrativos y financieros de concesión de beneficios tales como pensiones, seguros por accidente de trabajo, atención de la salud del trabajador y su familia, guarderías, auxilio por natalidad, peculio, etc. Los mismos se expanden tanto por iniciativa de los propios trabajadores - de forma autónoma a la que se denominó mutualismo - como de forma conjunta con las empresas y el Estado (esquema tripartito) (World Health Organization, 2001).

El modelo del seguro social expresa un esquema de protección social cuya principal característica es su vinculación al mundo del trabajo. Desde una perspectiva histórica la modalidad del seguro social corresponde con las formas clásicas de asociación sindical y mutual. Se inicia con la incorporación de los oficios en la edad media, pero en realidad esas formas organizativas de protección social van creciendo y madurando hasta la

época de transición de la fase competitiva a la fase monopólica del capitalismo. Es entonces cuando comienzan a surgir efectivamente nuevos sindicatos y corporaciones profesionales (World Health Organization, 2001).

En la actualidad el concepto de seguro social implica un seguro del cual los participantes no se pueden sustraer, es decir donde la participación (y por lo tanto la cotización) es compulsiva. Este modelo se caracteriza por un menor protagonismo estatal, una gestión mucho más descentralizada y una organización basada más en la regulación que en la planificación. El financiamiento es por aportes y contribuciones de los empresarios y de los trabajadores. Estos aportes son por lo general obligatorios y los administran los propios interesados. La gestión de los recursos y la organización de los servicios la efectúan entidades intermedias no gubernamentales que contratan servicios con proveedores privados o públicos. Por definición, sólo cubren a los aportantes y su grupo familiar aunque en los últimos años han tendido a universalizar su cobertura (World Health Organization, 2001).

3.2.2.3 Modelo de la seguridad social

A medida que el mercado de trabajo formal crecía, el seguro social como esquema de protección se expandía y redefinía. Desde la década de 1870, hasta 1940 se registró una dinámica económica que promovió una gran formalización del mercado de trabajo de modo que alrededor del 90% de la población económicamente activa europea pertenecía al sector asalariado formal (Tobar, n.d.).

En sentido estricto se diferencia el sistema del “seguro social” del de “seguridad social”. En los países que han incorporado reformas de sus sistemas de salud avanzando desde el primero hacia la segunda tales como Italia, España y Brasil tal distinción es de uso corriente. No obstante, en la mayoría de los países de América Latina se les suele usar como sinónimos (World Health Organization, 2001).

El modelo universalista o de seguridad social involucra la adopción del *Welfare State*, se caracteriza por tener financiación pública con recursos procedentes de impuestos y acceso universal a los servicios que, generalmente, son suministrados por proveedores públicos (World Health Organization, 2001).

Los trabajadores profesionales y no profesionales dependen del Estado, que tiene una gran responsabilidad en la conducción y gestión del sistema. Con frecuencia en su financiación existen otras fuentes además de los impuestos, como el pago directo de los usuarios y otros aportes, y lo mismo sucede en su organización y gestión, que está tomando formas más participativas y comunitarias. No obstante, siguen siendo básicamente estatales en su financiación, organización y gestión. En comparación con los otros este modelo privilegia la función del Estado como proveedor (World Health Organization, 2001).

La propuesta de Beveridge sirvió en muchos países como modelo para la organización de la salud después de la segunda guerra mundial. El Plan Beveridge consagra el principio de la salud como derecho de la ciudadanía y deber del Estado. Propone un modelo asistencial general y único. La uniformidad de las prestaciones debía corresponder a la uniformidad de las cotizaciones, excepto en materia de salud y de familia, cuyos beneficios debían ser nacionalmente solidarios. Asimismo, consideraba necesaria la instauración de un servicio nacional de salud (National Health Service) de financiamiento público y acceso gratuito (World Health Organization, 2001).

3.2.2.4 Modelo de seguros privados

Si los esquemas de protección mutualistas evolucionaron por un lado hacia el seguro social, es decir, hacia un modelo de aporte compulsivo y regulación estatal, por otro lado surgieron también expresiones empresariales y competitivas de seguros de salud que se ofrecen como un servicio a las personas (World Health Organization, 2001).

El surgimiento de un servicio privado de intermediación entre usuarios (pacientes) y proveedores (servicios de salud) se fundamenta en algunas de las fallas características del mercado de la salud. La organización de un seguro permite diluir los riesgos individuales de enfermedad en riesgos colectivos, de esta forma se puede garantizar a los asegurados el acceso oportuno a servicios de calidad sin que ello represente gastos inesperados y muchas veces insustentables para el paciente. La tecnología administrativa que permitió su funcionamiento fue el desarrollo del cálculo actuarial que produce estimaciones de los valores a ser pagados mensualmente bajo la forma de primas de seguro. Este sistema se denomina prepago (World Health Organization, 2001).

El país donde el sistema de seguros privados de salud ha alcanzado el mayor desarrollo es Estados Unidos de Norteamérica donde hay más de 1.500 seguros privados, lo que revela la característica organizacional de la fragmentación. En la actualidad cuando se habla de seguros privados o seguros competitivos de salud se hace referencia a un esquema de protección en salud de elección y financiación individual (World Health Organization, 2001).

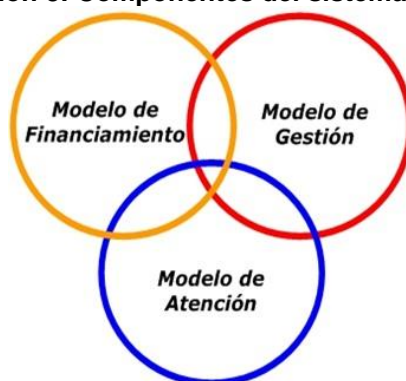
En este modelo hay ausencia del sector público tanto en las funciones de financiador como de prestador. Tiene una organización típicamente fragmentada, descentralizada y con escasa regulación pública, si bien esta tendencia se está revirtiendo. En comparación con los otros modelos este el modelo de seguros privados limita la acción del Estado a una escasa regulación.

3.2.3 Componentes de un seguro de salud

Todo sistema de salud puede ser pensado como la articulación de tres componentes (World Health Organization, 2001):

- a) modelo de gestión
- b) modelo de financiación
- c) modelo de atención o modelo asistencial

Ilustración 8: Componentes del sistema de salud



Fuente: Portal de Información - Medicamentos Esenciales y Productos de Salud (World Health Organization, 2001)

Dado el objetivo del estudio se describe únicamente el modelo de atención.

3.2.3.1 Modelo de atención

La problemática de los modelos de atención es estrictamente médico-sanitaria. En otros términos, se trata de la dimensión técnica más específica del sector. Las cuestiones que involucra son aquellas vinculadas con (World Health Organization, 2001):

- ¿Qué prestaciones dar?
- ¿Cómo y dónde prestar?

3.2.3.1.1 Limitación de las prestaciones médicas

El desarrollo del conocimiento médico y de la tecnología de asistencia sigue un ritmo vertiginoso. Sin embargo, los seguros no consiguen incluir en sus planes de cobertura todas las prestaciones que ofrecen: la ciencia médica y la tecnología asistencial, al servicio de la salud. El principal motivo de esta restricción es económico. Ningún seguro de salud en el mundo cubre absolutamente todo porque su costo tendería al infinito. El tema es entonces los criterios para poner un límite a la cantidad y variedad de prestaciones cubiertas por el seguro (World Health Organization, 2001).

En un seguro privado tradicional (aquellos que no tienen vínculo con los prestadores y sólo reembolsan a los asegurados su gasto en atención), el racionamiento no sigue un criterio médico ya que simplemente se establece un monto máximo a ser reembolsado al paciente cubierto. En otras palabras, en un seguro que sólo controla un flujo financiero el problema del racionamiento no es del modelo de atención sino del modelo de financiación (World Health Organization, 2001).

En los modelos de atención gerenciada, como las empresas de medicina prepagada y la mayor parte de los seguros sociales el problema de las limitaciones adquiere un carácter técnico. Los seguros buscan operar sobre limitaciones implícitas y explícitas. Las explícitas son las que realizan habitualmente los seguros sociales a través de normas y listados. Estos últimos pueden ser positivos (bienes y servicios efectivamente cubiertos) o negativos (bienes y servicios no cubiertos por el seguro) (World Health Organization, 2001).

Las limitaciones implícitas son las que pertenecen a la decisión clínica, es decir permanecen en el nivel de micro gestión. Parte de las reformas más recientes de los

sistemas de salud se ha concentrado en lograr modelos de atención que permitan una mayor amplitud de control sobre el uso de recursos (World Health Organization, 2001).

Un caso representativo fue la implantación de los médicos de cabecera administradores de fondos (general practitioners fundholders) en el Servicio Nacional de Salud británico, que responsabilizó a los médicos del primer nivel de atención por el uso de los recursos suministrándoles un presupuesto con el cual deberían comprar servicios a especialistas y de internación para sus propios pacientes (World Health Organization, 2001).

La estrategia de los seguros sociales involucra un solo plan de cobertura, mientras que el eje de la competencia en los seguros privados es la diversificación de los planes. Esto quiere decir que en los seguros sociales tenderá a haber un único esquema de racionamiento mientras que los seguros privados pueden adoptar diferentes criterios en cada plan (World Health Organization, 2001).

Se pueden identificar diversos modelos técnicos para establecer las prioridades de cobertura y limitar las prestaciones. Sin embargo, desde la publicación del Informe de Desarrollo Mundial de 1993 del Banco Mundial que propone la implementación de canastas básicas de salud a partir de un modelo de evaluación de costo efectividad de las prestaciones varios países han avanzado en este sentido. Se trata de la implementación de estudios de carga de morbilidad que permiten seleccionar las prestaciones a ser cubiertas en función del eventual impacto que en las mismas podrían tener sobre la salud de la población y de sus costos (World Health Organization, 2001).

3.2.3.2 Organización de las prestaciones

Se trata de definir: ¿qué prestadores deben ser responsables de la provisión de servicios?, en el sentido de los niveles de complejidad o adecuación de calidad de los servicios. ¿Con cuáles criterios o padrones deben operar? la problemática de la calidad involucra dimensiones técnicas en las cuales el saber sanitario es insustituible (World Health Organization, 2001).

De la misma manera, es necesario recurrir al saber médico sanitario para establecer: ¿en qué lugares y de qué manera se debe distribuir la oferta? ¿Qué criterios de referencia y contrarreferencia adoptar? (World Health Organization, 2001).

Por otro lado, para la organización de sus servicios médicos un seguro puede optar por un modelo de cartilla abierta o de cartilla cerrada (World Health Organization, 2001).

Los primeros son característicos de los seguros privados tradicionales. En este caso no hay contacto entre el seguro y el prestador de servicios. En caso de demandar un servicio el beneficiario o asegurado recurre directamente a un prestador privado y abona a este por los servicios prestados. Luego el seguro reintegra al asegurado total o parcialmente el monto desembolsado (World Health Organization, 2001).

El modelo de cartilla cerrada permite al seguro un mayor control sobre los prestadores ya que limita la oferta a un conjunto de instituciones y profesionales habilitados por el seguro para prestar atención médica a sus asegurados. Este modelo involucra un vínculo contractual entre el seguro y los prestadores. En este caso, cuando un asegurado demanda un servicio recurre al prestador incluido en la cartilla el cual a su vez es remunerado por el seguro a través de diferentes esquemas de pago (World Health Organization, 2001).

En los sistemas en los que la provisión de servicios y la financiación se encuentran separadas o son indirectas suele aparecer la figura del intermediario que asume una serie de responsabilidades a través de un contrato, en el cual se establece la modalidad de pago. En consecuencia, se producen distintas combinaciones posibles entre la forma de pago contractual y la del profesional que van a caracterizar al modelo prestador, e influirán tanto en la utilización de los servicios como en los resultados de la atención (World Health Organization, 2001).

Tabla 6: Modelos de atención en sistemas de seguros de salud

MODALIDAD	SISTEMA INDIRECTO O ABIERTO	SISTEMA DIRECTO O CERRADO
Organización	El organismo administrativo responsable acuerda determinadas prestaciones con profesionales e instituciones independientes ya existentes	Local y personal propio del organismo prestador y administrador
Prestación	Libre elección del profesional por parte del usuario	Plantel médico dependiente o contratado por el organismo de atención médica
Modelo de pago	Predomina el subsidio a la demanda. Diferentes modalidades de pago a honorarios por servicios, en base a valores preestablecidos o libres	Predomina el subsidio a la oferta. Diferentes modalidades de pago, entre las que predomina el salario

Fuente: Portal de Información - Medicamentos Esenciales y Productos de Salud. (World Health Organization, 2001)

En síntesis, en los casos de cartilla cerrada pueden identificarse dos situaciones:

- a) contratos con los prestadores
- b) provisión directa a través del modelo de integración vertical. Este último es típico de los seguros públicos que se centran en un esquema de financiación de la oferta, en el cual el seguro es propietario de los establecimientos y mantiene un plantel de profesionales en relación de dependencia.

Además, en los modelos de cartilla cerrada se pueden incorporar copagos, es decir el seguro financia una parte de la prestación y el asegurado otra.

3.3 Cartografía

La cartografía es la ciencia y arte que se ocupa de la representación de la superficie terrestre, graficándola a una escala conveniente, bajo normas técnicas, de modo que los elementos y detalles sean claros y fácilmente identificables. En cuanto a la cartografía censal es la representación gráfica a escala de los accidentes geográficos de un área determinada donde se efectúan investigaciones estadísticas de diferente índole. La cartografía es un instrumento esencial para la ubicación de las viviendas que se van a investigar (Ministerio de Salud Pública del Ecuador & Ministerio Coordinador de Desarrollo Social del Ecuador, 2015).

La cartografía censal está conformada por planos y mapas (Ministerio de Salud Pública del Ecuador & Ministerio Coordinador de Desarrollo Social del Ecuador, 2015):

- Mapas: Si se trabaja con un documento a escala: 1:50.000, una unidad de distancia en el dibujo es igual a 50.000 unidades en el terreno, simplificando 1cm igual 500 metros en el terreno.
- Mapa censal: Es la representación gráfica a escala de los respectivos accidentes geográficos, en el ámbito de las jurisdicciones parroquiales, cantonales y provinciales. El mapa censal contiene toda la jurisdicción de una cabecera cantonal o una parroquia rural.

- Planos: Si se trabaja con un documento a escala 1:5.000, una unidad de distancia en el dibujo es igual a 5.000 unidades en el terreno, simplificando 1cm igual a 50 metros en el terreno.
- Plano censal: Es la representación gráfica a escala de ciudades o centros poblados (ciudades, cabeceras cantonales, cabeceras parroquiales y localidades que sin tener categoría político-administrativa, presentan características de amezanamiento) con sus respectivos accidentes geográficos, naturales y culturales, como calles, edificios, parques, plazas, etc.
- Croquis: Es la representación gráfica realizada a mano alzada (sin escala), en el que se dibujan los elementos a escala aproximada de una localidad, sector, manzana, centro poblado, etc.
- Zona: Conjunto de sectores. Aproximadamente 10 sectores.
- Sector: Conjunto constituido por un promedio de 150 viviendas en el área urbana y 80 en el área rural.
- Manzana: Es el elemento más característico de un plano y es el resultado de la estructura vial (calles) que comunica las viviendas asentadas en un centro poblado. Es importante anotar que una manzana puede estar conformada por edificios, parques plazas, etc. Se puede definir dos clases de manzanas: regular e irregular.
- Edificio: Es toda construcción o estructura que puede estar constituida por una o varias viviendas, establecimientos económicos, instituciones públicas o privadas, que ocupa un espacio determinado. Ejemplo: casas, escuelas, templos religiosos, garajes, bodegas, edificios de departamentos y/o oficinas, etc.
- Vivienda: Es un recinto de alojamiento estructuralmente separado y con entrada independiente, construido, edificado, transformado o dispuesto para ser habitado por una persona o grupo de personas, siempre que al momento de la investigación no esté utilizado con finalidad distinta. Para esta investigación no se consideran como vivienda: espacios móviles (Barcazas, coches, etc.) y locales improvisados para vivir que se hallan habitados en el momento de ser visitados.
- Hogar: Es la unidad social conformada por una persona o un grupo de personas que se asocian para compartir el alojamiento y la comida. Es decir, que el hogar es el conjunto de personas que residen habitualmente en la misma vivienda o en parte de ella (viven bajo el mismo techo), que están unidas o no por lazos de parentesco y que cocinan en común para todos sus miembros (comen de la misma olla).

- Sector censal amanzanado: Es una superficie perfectamente delimitada y continúa geográficamente, constituida por una o más manzanas. En el plano censal, cada manzana tiene un número, el mismo que constituye la identificación de la manzana dentro del sector. Un sector censal amanzanado contendrá de 120 a 150 viviendas aproximadamente.

3.4 Marco legal

El Ecuador aprueba una nueva constitución en año 2008, en la cual se contempla entre sus deberes primordiales garantizar el goce de todos los derechos que en ella se encuentren establecidos, incluyendo el de la salud que cita en el Art. 32 que a través del Estado se garantizará la salud como un derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales y el acceso a programas, acciones y servicios de la atención integral en salud, *“...la prestación de los servicios de salud se regirá por principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética con enfoque de género y generacional”* (Asamblea Constituyente, 2008).

Así también se establece en el Art. 360 que “El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas” (Asamblea Constituyente, 2008).

Por lo que las unidades operativas que corresponden a los diferentes niveles de atención dentro del Ecuador principalmente del sector público deberán dar cumplimiento a lo antes mencionado a través de su cartera de servicios. Para lo cual la Autoridad Sanitaria en el ámbito de su competencia ejercerá la rectoría del sistema formulando política nacional de salud, así como también, elaborará normativa que regule y controle las actividades que se encuentren relacionadas con la salud como lo establece el Art. 361 de la Carta Magna (Asamblea Constituyente, 2008).

La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud dentro de sus objetivos se contempla en el Art. 3 el *“Generar entornos, estilos y condiciones de vida saludables.”*

Además en el Art. 5 se plantea la implementación del Plan Integral en Salud el mismo que deberá contemplar:

“...1.- Un conjunto de prestaciones personales de prevención, detección, diagnóstico, recuperación y rehabilitación de la salud. Este incluye la provisión de los servicios y de los medicamentos e insumos necesarios en los diferentes niveles de complejidad del Sistema, para resolver problemas de salud de la población conforme al perfil epidemiológico nacional, regional y local; 2. Acciones de prevención y control de los riesgos y daños a la salud colectiva, especialmente relacionados con el ambiente natural y social; 3. Acciones de promoción de la salud, destinadas a mantener y desarrollar condiciones y estilos de vida saludables, individuales y colectivas y que son de índole intersectorial” (Congreso Nacional, 2002);

Art. 6 “Modelo de Atención.- El Plan Integral de Salud, se desarrollará con base en un modelo de atención, con énfasis en la atención primaria y promoción de la salud, en procesos continuos y coordinados de atención a las personas y su entorno, con mecanismos de gestión desconcentrada, descentralizada y participativa. Se desarrollará en los ambientes familiar, laboral y comunitario, promoviendo la interrelación con la medicina tradicional y medicinas alternativas” (Congreso Nacional, 2002).

Como parte fundamental de la Ley Orgánica de Discapacidades. En el Art. 19 establece la garantía al derecho a la salud, así como el acceso a los servicios y atención especializada permanentemente. En el Art. 20 *“Subsistemas de promoción, prevención, habilitación y rehabilitación.- La autoridad sanitaria nacional dentro del Sistema Nacional de Salud, las autoridades nacionales educativa, ambiental, relaciones laborales y otras dentro del ámbito de sus competencias establecerán e informarán de los planes, programas y estrategias de promoción, prevención, detección temprana e intervención oportuna de discapacidades, deficiencias o condiciones discapacitantes respecto de factores de riesgo en los distintos niveles de gobierno y planificación” (Asamblea Nacional del Ecuador, 2012).*

La Ley de Derechos y Amparo al Paciente en el Art. 1 define al centro de salud como *“...una entidad del sistema de servicios de salud pública o privada, establecida conforme a la Ley para prestar a las personas atención de salud integral de tipo ambulatorio y de internamiento. Es, además, un centro de formación de personal de salud y de investigación científica.”* Consecuente con esto los Art. 2,3,4,5,6 de la misma ley

establecen para el paciente el derecho a una atención digna y oportuna, sin discriminación, confidencial, a recibir información concerniente al diagnóstico de su estado de salud, pronóstico, tratamiento, riesgos, alternativas de tratamiento, así como también a decidir sobre la aceptación o no de su tratamiento médico (Congreso Nacional, 1995).

En la Ley de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas en el Art. 51 establece el seguro de Enfermedad y Maternidad que protege al asegurado en servicio activo y pasivo, sus dependientes y derechohabientes, aspirantes a oficiales y tropa y conscriptos (Congreso Nacional, 1992).

En la Ley de Seguridad Social en el Art. 103 establece para sus afiliados las prestaciones de salud individual y Familiar programas de prevención y promoción, medicina preventiva tratamiento de enfermedades crónico degenerativas y catastróficas (Congreso Nacional, 2014).

La Ley de Seguridad Social de la Policía Nacional en el Art. 61 menciona que la Dirección Nacional de Salud, es la encargada mantener el más alto nivel de salud de los miembros de la Policía Nacional, en servicio activo y situación de retiro, de sus familiares y de los contratados civiles (Congreso Nacional, 1998).

En este marco legal y apegada a los objetivos del Plan Nacional de Buen Vivir, la SENPLADES establece que para garantizar el acceso a los servicios públicos en el país se realice la reestructuración institucional de la administración pública por medio de la cual se conforman zonas de planificación subdivididas a su vez en distritos y circuitos que permitan operativizar las políticas públicas, que para el caso del sector salud se establezca la desconcentración local de los servicios y pueda la población ser beneficiario de los derechos establecidos en la constitución que ampara a nacionales y extranjeros en el territorio Nacional (Falconí, 2012).

El Ministerio de Salud Pública consecuente con las actuales necesidades del país elabora el Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos mediante acuerdo ministerial publicado en Registro Oficial No. 279 del 2012 y crea los distritos de salud a través del Acuerdo Ministerial 04521 del mismo año con el fin de trabajar bajo los lineamientos del Modelo de Atención Integral de Salud de manera integrada y en red con el resto de las unidades operativas de salud del Ministerio de Salud Pública y otros

actores de la red pública y privada complementaria que conforman el sistema nacional de salud del Ecuador, que se encuentran mencionados en el Manual del Modelo de Atención Integral de Salud MAIS publicado en el Registro oficial 620 del 17 de enero 2012, y en el documento Lineamientos Operativos para la Implementación del MAIS y RPIS, con Acuerdo Ministerial 5169 del 19 de septiembre de 2014 (MSP, 2014), sustentado en la Estrategia de Atención Primaria de Salud renovada (APSr), y tiene enfoque familiar, comunitario e intercultural siendo su aplicación obligatoria en el Sistema Nacional de Salud (MSP, 2013).

3.5 Modelo de Atención Integral en Salud

3.5.1 Marco Conceptual del MAIS FCI

Los servicios de salud están orientados por la estrategia que escoge el país en cuanto a su modelo de gestión y al modelo de atención, por lo que es fundamental el conocimiento de los términos empleados en el desarrollo del presente estudio. Se han tomado los conceptos del documento: “Lineamientos del MAIS y RPIS”, definiendo al Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) como 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 (MSP, 2012a, 2013).

Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R): 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 (MSP, 2012a).

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 al acceso a condiciones de vida saludables y a los servicios de salud, ha incidido en que se re

posicione 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

Actores sociales: Se considera actores sociales al conjunto de personas o instituciones que tienen un rol definido en el contexto social, por ejemplo: el comité de usuarios representa a actores sociales relacionados con la salud. Hace también referencia a grupos, organizaciones o instituciones que interactúan en la sociedad e inciden en la misma. Hay actores sociales individuales que por su posición de liderazgo o representatividad inciden en el contexto social. Los actores sociales pueden ubicarse de manera concreta en el escenario social y pueden ser ubicados, por ejemplo, en el mapa de actores y en mapa parlante, que son herramientas usadas en la salud para relacionarse con el entorno social. Dentro de una comunidad, los equipos de salud son actores sociales del medio (MSP, 2012a).

Análisis Situacional Integral de Salud (ASIS): El análisis de situación integral de la salud implica el desarrollo de un proceso metodológico, que permite generar, a través de la participación social, información, análisis e intervención con actores involucrados tanto de los servicios de salud como de la población o la comunidad. La metodología permite el desarrollo de actividades que posibilitan construir procesos sociales para abordar los problemas de salud. El ASIS, sirve para el desarrollo de procesos de abogacía y de negociación política, así como para la conducción institucional, movilización de recursos, el uso y socialización de información (MSP, 2012a).

Apgar Familiar: Constituye un instrumento para detectar el grado de funcionalidad (o disfunción) de la familia, también se puede utilizar el FF SIL que sirve para el mismo propósito (*Evaluación del funcionamiento familiar según instrumento FF-SIL, n.d.*).

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 (MSP, 2012a).

Buen Vivir: o —sumakkausay hace referencia a la vida plena e integra, tomando en cuenta la concepción que refleja una forma diferente de concebir la vida, desde el pensamiento ancestral, y por lo tanto una forma distinta de ver y entender el desarrollo para construir una nueva sociedad, que parte de concepciones diversas y alternativas a la manera convencional de ver el desarrollo. El Buen Vivir se liga al conjunto de derechos que están consagrados en la Constitución. En la Constitución la salud, como la educación, el ambiente y el mejoramiento de las condiciones de vida son parte fundamental del Buen Vivir (MSP, 2012a).

Ciclo de vida: Secuencia de etapas interconectadas que atraviesa el individuo y la familia a lo largo del tiempo (MSP, 2012a).

Complicado: Se llamará a un problema de salud como complicado en su evolución cuando se han sumado a éste, uno o más problemas, teniendo siempre el mismo origen (MSP, 2012a).

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 (MSP, 2012a).

Consejos Cantonales o Parroquiales de Salud: Son 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, denuncias, y se encarga de la complementación y canalización de recursos nacionales e internacionales (MSP, 2012a).

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 (MSP, 2012a).

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 (MSP, 2012a).

Determinantes de la salud: Los determinantes de salud que el MAIS-FCI asume, son los que constan en el modelo elaborado por la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS. El enfoque del MAIS está basado en APS-R, que 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 (MSP, 2012a).

Eficacia: Es la capacidad científicamente comprobada y de acuerdo a condiciones locales de resolver un problema y de producir un resultado específico (MSP, 2012a).

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 (MSP, 2012a).

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 (MSP, 2012a).

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 (MSP, 2012a).

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 (MSP, 2012a).

Evitabilidad: Mortalidad que pudo evitarse mediante sistemas adecuados de prevención, tratamiento y control en el primer nivel de atención (MSP, 2012a).

Factores protectores de la salud: aunque no hay una definición oficial de los factores protectores de la salud, se puede decir que los mismos son aquellos aspectos que favorecen la salud individual y colectiva, o que pueden reducir los factores de riesgo que pueden impactar la salud de la población (MSP, 2012a).

Factores de riesgo: Los factores de riesgo se definen como cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo o grupos de personas que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión (MSP, 2012a).

Fichas familiares: son una herramienta de registro amplio de información en el que se recaba datos del núcleo familiar, poniendo énfasis en la identificación de factores de riesgo, y de personas que están dentro de ciclos de vida que ameritan una atención obligatoria y de cuidado especial como son los niños menores de cinco años, las mujeres embarazadas y en edad fértil, las personas adultas mayores y en particular las personas con discapacidad. La aplicación de la ficha familiar implica evaluar periódicamente la situación de salud y los riesgos a los que están expuestas determinadas familias dentro de una población o comunidad (Ministerio de Salud Pública del Ecuador & Ministerio Coordinador de Desarrollo Social del Ecuador, 2015).

Familiograma: Se define al familiograma como el 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 está cursando la familia en un momento determinado (MSP, 2012a).

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 (MSP, 2012a).

Gestores de salud: Es el personal que conforma 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 (MSP, 2012a).

Impacto: En el ámbito evaluativo, es evidencia confiable del efecto o efectos plausibles de una intervención específica (MSP, 2012a).

Insumo/Recursos: Las materias primas o productos intermedios que se transforman durante el proceso. Son necesarios para poder conseguir las tareas (MSP, 2012a).

Interculturalidad en salud: Enfoque necesario de las intervenciones sanitarias, caracterizado por el respeto social y la promoción científica de las prácticas de salud ancestral (MSP, 2012a).

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 (MSP, 2012a).

Participación comunitaria: Involucrar a la comunidad en una estrategia de cambio social; además de involucrarla en la estrategia de cambio de comportamiento individual (MSP, 2012a).

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 (MSP, 2012a).

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 (MSP, 2012a).

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 (MSP, 2012a).

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 (MSP, 2012a).

Priorización: Técnica mediante la cual se ordena los problemas identificados en una situación de salud (MSP, 2012a).

Problema: Los problemas se definen como la discrepancia entre la realidad observada y la situación ideal (MSP, 2012a).

Producto o Resultado: Es la manifestación o concreción de un esfuerzo o actividad realizada en un proyecto (MSP, 2012a).

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 (MSP, 2012a).

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 (MSP, 2012a).

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 (MSP, 2012a).

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 (MSP, 2012a).

Segundo Nivel de Atención: Es la organización de los servicios en que se agregan y agrupan más 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 (MSP, 2012a).

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 (MSP, 2012a).

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 (MSP, 2012a).

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 (MSP, 2012a).

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 (MSP, 2012a).

Zona y Distrito: Subdivisión territorial con fines administrativos (MSP, 2012a).

3.5.2 Investigación, 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 implementarán 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 incorporan especialistas en medicina familiar y comunitaria, técnicos de atención primaria de salud; para el segundo y tercer nivel se formaran especialistas en las áreas que son pertinentes y el cuarto nivel constituirá el gran espacio para las grandes especialidades y la investigación científica.

3.5.3 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.

Principio del MAIS – Integralidad: Entre los principios del MAIS se encuentra la integralidad que se refiere a una familia y una comunidad, 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).

3.5.4 Estrategias y herramientas para brindar las prestaciones integrales de salud

Las personas con riesgo de enfermar 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 ejercicio físico regularmente, aunque los 2 estén clasificados en el mismo grupo.

Los sujetos con patologías crónicas, 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 con secuelas o discapacidad, 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 (MSP, 2012a).

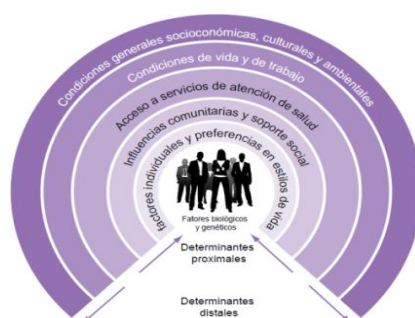
3.5.5 Determinantes de la Salud

En una acepción general, los determinantes de la salud son todos aquellos factores que ejercen influencia sobre la salud de las personas y, actuando e interactuando en diferentes niveles de organización, determinan el estado de salud de la población. Los determinantes de la salud conforman, así, un modelo que reconoce el concepto de que el riesgo epidemiológico está determinado individualmente tanto histórica, como socialmente (OPS, 2011).

La relación entre los determinantes de la salud y el estado de salud es, por ello, compleja e involucra a muchos niveles de la sociedad que, como se ha señalado, abarcan desde el nivel micro celular hasta el macro ambiental (OPS, 2011).

Un considerable número de modelos ha sido propuesto para explicar la relación entre los determinantes de la salud y el estado de salud de la población y todos han reconocido en forma consistente la necesidad de adoptar un enfoque ecológico e integral de la salud (OPS, 2011). Con fines didácticos, el modelo de los determinantes de la salud se esquematiza en la Ilustración 9.

Ilustración 9: Determinantes de la Salud



Traducido y modificado de: Dahlgren & Whitehead, 1991

Fuente: MOPECE, 2ª edición, Módulo 1

Existe un amplio rango de determinantes de la salud, desde los determinantes proximales o micro determinantes, asociados a características del nivel individual, hasta los determinantes distales o macro determinantes, asociados a variables de los niveles de grupo y sociedad, es decir, poblacionales (OPS, 2011).

Ambos extremos del modelo de determinantes de la salud se encuentran en franca expansión. Por el lado de los determinantes proximales, el impresionante desarrollo del Proyecto Genoma Humano está estimulando el progreso de la epidemiología genética y molecular en la identificación de relaciones causales entre los genes y la presencia de enfermedad en los individuos. Por el lado de los determinantes distales, el no menos impresionante desarrollo de la investigación sobre el impacto de las desigualdades socioeconómicas, de género, etnia y otros factores culturales en la salud está estimulando el progreso de la epidemiología social en la identificación de los sistemas causales que generan patrones de enfermedad en la población (OPS, 2011).

A continuación se describen brevemente las principales características en cada uno de los niveles considerados en el modelo de determinantes de la salud (OPS, 2011).

3.5.5.1 Factores biológicos y causal genético

La diversidad genética, la diferencia biológica de género, la nutrición y dieta, el funcionamiento de los sistemas orgánicos internos y los procesos de maduración y envejecimiento son determinantes fundamentales de la salud sobre los cuales es posible intervenir positivamente para promover y recuperar la salud. Un número creciente de

factores genéticos se ve implicado en la producción de diversos problemas de salud, infecciosos, cardiovasculares, metabólicos, neoplásicos, mentales, cognitivos y conductuales (OPS, 2011).

3.5.5.2 Factores individuales y preferencias en estilos de vida

La conducta del individuo, sus creencias, valores, bagaje histórico y percepción del mundo, su actitud frente al riesgo y la visión de su salud futura, su capacidad de comunicación, de manejo del estrés, de adaptación y control sobre las circunstancias de su vida determinan sus preferencias y estilo de vivir. No obstante, lejos de ser un exclusivo asunto de preferencia individual libre, las conductas y estilos de vida están condicionados por los contextos sociales que los moldean y restringen.

De esta forma, problemas de salud como el tabaquismo, la desnutrición, el alcoholismo, la exposición a agentes infecciosos y tóxicos, la violencia y los accidentes, aunque tienen sus determinantes proximales en los estilos de vida y las preferencias individuales, tienen también sus macro determinantes en el nivel de acceso a servicios básicos, educación, empleo, vivienda e información, en la equidad de la distribución del ingreso económico y en la manera como la sociedad tolera, respeta y celebra la diversidad de género, etnia, culto y opinión (OPS, 2011).

3.5.5.3 Influencias comunitarias y soporte social

La presión de grupo, la inmunidad demanda la cohesión y la confianza social, las redes de soporte social y otras variables asociadas al nivel de integración social e inversión en el capital social son ejemplos de determinantes de la salud propios de este nivel de agregación. Está claramente reconocido que el nivel de participación de las personas en actividades sociales, membrecía a clubes, integración familiar y redes de amistades ejercen un papel determinante en problemas de salud tan disímiles como, por ejemplo, el re infarto de miocardio, las complicaciones del embarazo, la diabetes, el suicidio y el uso de drogas (OPS, 2011).

3.5.5.4 Acceso a servicios de atención de salud

Ciertos servicios médicos son efectivos para mejorar el estado de salud de la población en su conjunto y otros tienen innegable valor para la salud individual. La provisión de servicios de inmunización y de planificación familiar, así como los programas de prevención y control de enfermedades prioritarias, contribuyen notoriamente al mejoramiento de la expectativa y la calidad de vida de las poblaciones. Las formas en que se organiza la atención de la salud en una población son determinantes del estado de salud en dicha población.

En particular, el acceso económico, geográfico y cultural a los servicios de salud, la cobertura, calidad y oportunidad de la atención de salud y el alcance de las actividades de proyección comunitaria son ejemplos de determinantes de la salud en este nivel de agregación (OPS, 2011).

3.5.5.5 Condiciones de vida y de trabajo

La vivienda, el empleo y la educación adecuados son prerrequisitos básicos para la salud de las poblaciones. En el caso de la vivienda, ello va más allá de asegurar un ambiente físico apropiado e incluye la composición, estructura, dinámica familiar y vecinal y los patrones de segregación social (OPS, 2011).

En cuanto al empleo, el acceso a trabajo apropiadamente remunerado, la calidad del ambiente de trabajo, la seguridad física, mental y social en la actividad laboral, incluso la capacidad de control sobre las demandas y presiones de trabajo son importantes determinantes de la salud. El acceso a oportunidades educacionales equitativas y la calidad de la educación recibida son también factores de gran trascendencia sobre las condiciones de vida y el estado de salud de la población.

En gran medida, los factores causales que pertenecen a este nivel de agregación son también determinantes del acceso a los servicios de salud, del grado de soporte social e influencia comunitaria y de las preferencias individuales y estilos de vida prevalentes entre los individuos y los grupos poblacionales.

3.5.5.6 Condiciones generales socioeconómicas, culturales y ambientales

En este nivel operan los grandes macro determinantes de la salud, que están asociados a las características estructurales de la sociedad, la economía y el ambiente y, por lo tanto, ligados con las prioridades políticas y las decisiones de gobierno, así como también a su referente histórico. El concepto de población se transforma del conjunto de individuos, al conjunto de interacciones entre individuos y sus contextos, un concepto dinámico y sistémico. A este nivel, la salud se entiende como un componente esencial del desarrollo humano.

4. CONOCIMIENTOS Y EXPERIENCIAS PREVIAS

Muchos países han adoptado modelos de atención en busca de satisfacer las necesidades de su población, sin embargo, pocos han sistematizado la metodología empleada para llevar a cabo la propuesta, entre algunos ejemplos contamos con un documento elaborado por el Ministerio de Salud de Chile que está dirigido a los equipos de salud titulado “Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria” elaborado en el año 2012 y recoge las diversas experiencias que han vivido las unidades en el proceso de implementación del modelo que se basa en las reformas a la salud que se han efectuado en ese país (Ministerio de Salud, 2012).

Se actualizan los fundamentos y los alcances del Modelo Integral de Salud, y propone una guía para los equipos de atención en el desarrollo de sus actividades laborales.

En Ecuador se ha elaborado un informe con motivo del proyecto que desarrolló la PROMODE GIZ denominado “Prestación de Servicios Públicos Desconcentrados del Ministerios de Salud Pública” con la finalidad de contar con herramientas técnicas y metodológicas que permitan a las estructuras zonales y distritales la aplicación del Modelo de Gestión Institucional y que a su vez éste se interrelacione con el Modelo de Atención en 3 distritos del país (PROMODE GIZ, 2013).

El proyecto se desarrolló en los distritos de salud de Sigchos, Joya de los Sachas y Jama-Pedernales en el período comprendido del 1 de marzo de 2012 al 31 de mayo de 2013. Se recalca la importancia de completar los Equipos de Atención en los establecimientos de los distritos, así como, el fortalecimiento de los Equipos de Gestión Estratégica de las zonas y distritos quienes deben consolidar la ejecución del Modelo de Atención en el territorio. Refiere que los Técnicos en Atención Primaria han permitido acercar la atención en salud a la población fundamentalmente a la más vulnerable, pero su rol debe estar vinculado al EAIS así como a la gestión del establecimiento (PROMODE GIZ, 2013).

Además se recalca que desde la perspectiva de los establecimientos de salud se debe mejorar la planificación así como incrementar la capacidad resolutive de los

Distritos. Considera que el trabajo intersectorial es determinante para la consolidación del Modelo de Gestión y de Atención ya que se requiere de intervenciones integrales para abordar las determinantes sociales y ambientales en la salud de la población (PROMODE GIZ, 2013).

5. HIPÓTESIS DE CAMBIO Y ESTRATEGIAS ELEGIBLES

La ejecución de las fases y herramientas para la implementación del MAIS en el primer nivel de atención, basado en sus componentes, dirigida al equipo de atención en salud, permite su operativización en el Centro de Salud Cotocollao.

6. PROPÓSITOS Y OBJETIVOS

6.1 Objetivo General

Operativizar el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitario e Intercultural en el Centro de Salud Cotocollao mediante la ejecución de las fases y herramientas para la implementación del MAIS en el primer nivel de atención, basado en sus componentes.

6.2 Objetivos Específicos

6.2.1 Objetivos específicos de cambio

- Enunciar los criterios para la producción del diagnóstico situacional de la población centinela de estudio y el aporte al diagnóstico dinámico de la sala situacional.
- Fortalecer el comité local de salud de la población centinela de estudio.

6.2.2 Objetivos específicos de investigación

- Definir los indicadores para el monitoreo de la ejecución del componente de provisión de servicios del MAIS-FCI.
- Diseñar el plan local de salud con participación de la comunidad.
- Caracterizar a los individuos y familias que pertenecen al grupo centinela de estudio.

7. INSTRUCCIONES OPERATIVAS

A continuación se presenta la forma de introducción del cambio, en base a las instrucciones o actividades que permitan su operativización, para lo cual se ha desarrollado la matriz de instrucciones operativas en la Tabla 7.

Tabla 7: Instrucciones Operativas

ESTRATEGIA	ACTIVIDADES/TAREAS	TÉCNICA	EVALUACIÓN OPERATIVA		Responsables
			Indicadores	Fuente	
Socialización del MAIS	Selección de la población de estudio	Análisis de documentos	Criterio de selección de población ejecutado	Informe técnico	Investigadores
	Identificación de actores locales relevantes – mapeo de actores	De consenso	Proporción de actores a favor por grado de poder / Proporción de actores a favor por grado de poder	Documento de síntesis	Investigadores
	Planificación y ejecución de talleres	Creativa (Redacción)	Talleres ejecutados / Talleres planificados	Elementos clave del MAIS	Investigadores TAPS
Diagnóstico de situación de salud	Atención Individual	Entrevista estructurada	Prestación de servicios por ciclos de vida Ciclo vital individual	Bibliográfica	Investigadores
	Visita Familiar	Entrevista estructurada	Tipología familiar Ciclo vital de pareja y de familia Identificación de riesgos Aplicación de herramientas de medicina familiar	Bibliográfica	Investigadores TAPS
	Actualización de la Sala Situacional	Creativa	Sistematización de información individual y familiar Trabajo conjunto con epidemiología	Análisis de información recolectada del estudio local	Vigilancia Sanitaria y Epidemiológica del Distrito
	Fortalecimiento del Comité Local de Salud	De consenso	Proporción de líderes comunitarios en el Comité Local de Salud Elaboración conjunta FODA	Actas de reunión Hojas de ruta	Investigadores TAPS
	Elaboración del Plan Local de Salud	De consenso	Parámetros escritos / Parámetros establecidos	Revisión documental	Investigadores
Análisis de situación de salud	Aplicación del Plan Local Operativo de Salud (PLOS)	Revisión documental	Parámetros intervenidos / Parámetros establecidos	Revisión documental	Investigadores

Fuente: Trabajo de campo

Elaboración: Equipo de trabajo

8. METODOLOGÍA

8.1 Diseño y tipo de investigación

Para profundizar el problema y analizarlo de manera holística, se seleccionó el diseño de investigación cualitativa y tomando en cuenta que el estudio requirió la participación de los grupos involucrados en la ejecución del MAIS, para aportar elementos guía a la norma, se seleccionó el tipo investigación acción, enfocado a sistemas, así como a las relaciones humanas (Grodos & Mercenier, 2000; Pineda, 2008).

El estudio de la operativización del MAIS escapa a la metodología cuantitativa pues no permite evaluar el fenómeno por el cual existen limitaciones y los diferentes motivos o razones que provocan este obstáculo.

El inconveniente de la no operativización del MAIS responde a diferentes etiologías, las cuales no se han evidenciado detalladamente, por lo cual su análisis requiere no solo de una causa y consecuencia como en estudios cuantitativos, sino del análisis a profundidad que permita evidenciar múltiples causas y su grado de influencia en el problema. En resumen se necesita profundizar el estudio y realizarlo en donde ocurre, es decir en terreno (Pineda, 2008).

La finalidad de la investigación acción es resolver el problema cotidiano e inmediato y mejorar prácticas concretas, su propósito fundamental se centra en aportar información que guíe la toma de decisiones para programas, procesos y reformas estructurales. Propicia el cambio social, transforma la realidad y permite que las personas tomen conciencia de su papel en ese proceso de transformación, también se la ha definido como el estudio de un contexto social donde mediante un proceso de investigación con pasos “en espiral” se investiga al mismo tiempo que se interviene.

La investigación cualitativa propuesta parte de un diagnóstico situacional previo del cual se han tomado algunos datos presentados previamente.

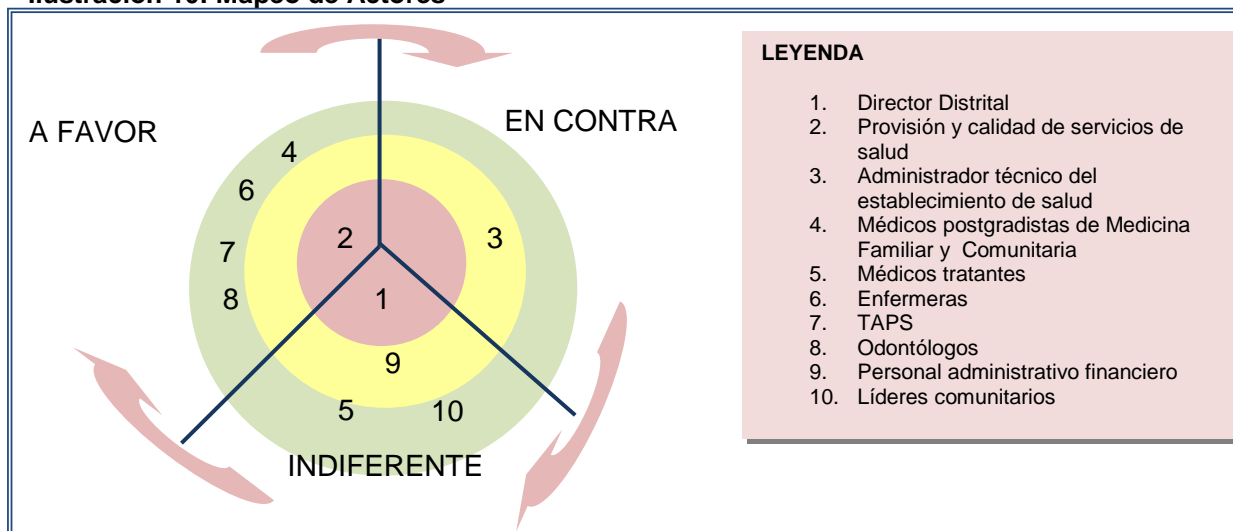
8.2 Mapeo de Actores y equipo de investigación

8.2.1 Mapeo de Actores

Permite representar la realidad social existente en el Centro de Salud Cotocollao, y el proceso de operativización del MAIS-FCI, es una herramienta clave para el éxito de la investigación pues permite evidenciar la viabilidad de las propuestas, así como los conflictos interpersonales según sus diferentes grados de complejidad, directamente relacionados, aunque no es norma, con el grado de poder dentro de la institución (Tapella, 2007).

Los aspectos que toma en cuenta son el grado de poder, en 3 escalas, ubicadas de mayor a menor desde el centro hacia afuera y la actitud en relación al problema de investigación, a favor, neutral o indiferente, en contra; con el propósito de dirigir estrategias y procurar el involucramiento de todo el personal.

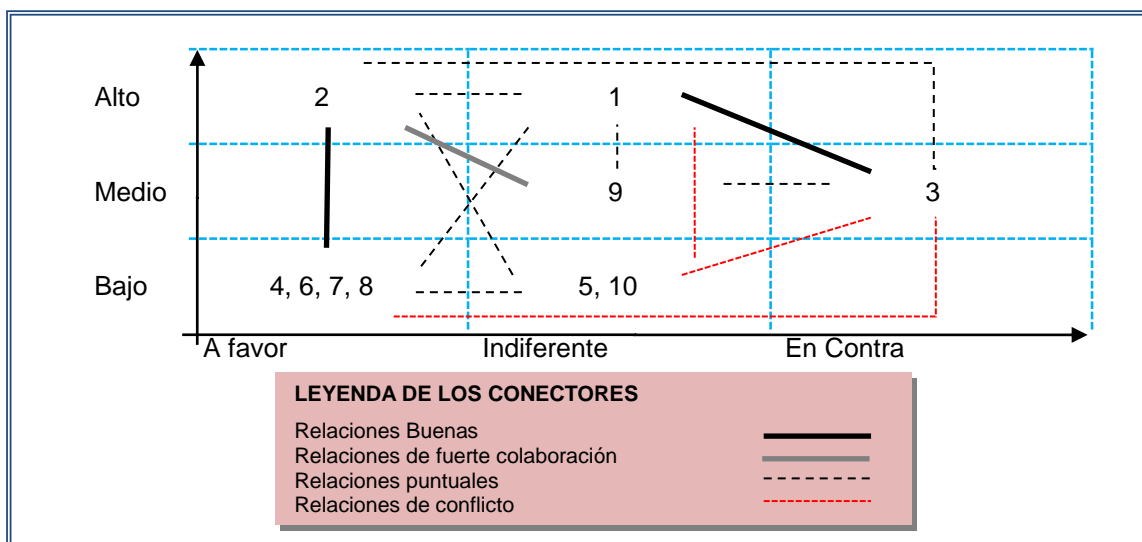
Ilustración 10: Mapeo de Actores



Fuente: Mapeo de Actores, Centro de Salud Cotocollao, 2015

Elaboración: Autores

Ilustración 11: Sociograma



Fuente: Mapeo de Actores, Centro de Salud Cotocollao, 2015

Elaboración: Autores

Se puede apreciar en la Ilustración 11, que el actor social en contra de mayor conflicto, respecto a la operativización del MAIS-FCI, es el de la administradora técnica el establecimiento de salud, por lo tanto las intervenciones requieren de negociación previa con autoridades de mayor jerarquía para su adecuada ejecución.

8.2.2 Equipo de Investigación

El equipo de investigación se conformó por 3 médicos en funciones administrativas y los investigadores.

8.3 Formas de introducción del cambio

Análisis de la normativa: Sirve para revisar bibliografía sobre el tema y adecuarla según las necesidades locales.

Técnicas de consenso: Útil para establecer estrategias grupales, analizar los inconvenientes, registrarlos, orientar la estrategia y conseguir avance en el tema.

Técnica creativa (redacción): Se refiere a la elaboración de un Plan Local con participación comunitaria que permita ejecutar las intervenciones propuestas.

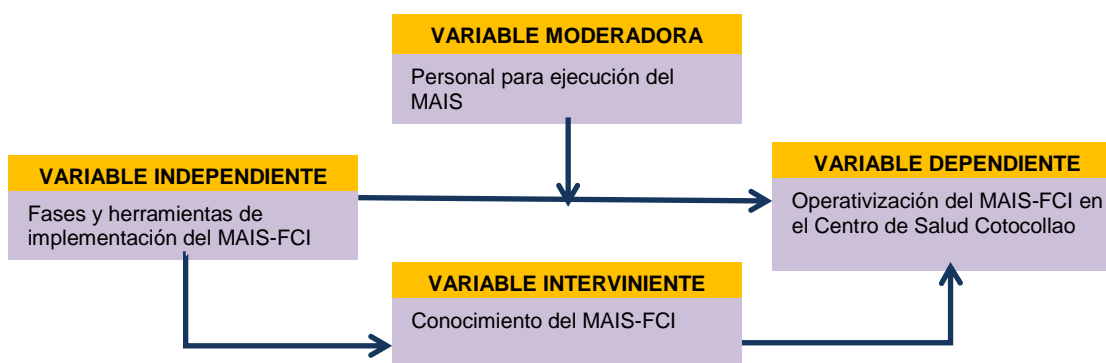
8.4 Identificación y operacionalización de variables

Una variable es una cualidad susceptible de sufrir cambios. Asume diferentes valores, tiene características observables, puede ser medida o expresada en escala (si es cuantitativa) y en categoría (si es cualitativa).

8.4.1 Identificación de las variables

Se han identificado las siguientes variables:

Ilustración 12: Matriz de Variables



Elaboración: Los Autores

Variable independiente:

Fases y herramientas de implementación del MAIS-FCI: Es una variable cualitativa que propone diferentes estrategias para su operativización.

Variable dependiente:

Operativización del MAIS-FCI en el Centro de Salud Cotocollao: Es una variable cualitativa, que evalúa el grado de ejecución del MAIS.

Variable interviniente:

Conocimiento del MAIS-FCI: Es una variable cualitativa, que evalúa el conocimiento del personal sobre el MAIS, para facilitar su ejecución.

Variable moderadora:

Personal para ejecución del MAIS: Es una variable cuantitativa que describe el requerimiento de EAIS para atención a la población de responsabilidad, según el estándar detallado en la norma.

8.4.2 Operacionalización de variables

Para analizar las variables del problema, se presenta la hipótesis:

La ejecución de las fases y herramientas de implementación del MAIS-FCI permiten su operativización en el Centro de Salud Cotocollao.

Tabla 8: Matriz de Operacionalización de variables

CATEGORÍA	VARIABLE CONCEPTUAL	VARIABLE REAL DIMENSIONAL	INDICADORES (Unidad de Medida)	ESCALA
VARIABLE INDEPENDIENTE				
Fases y herramientas de implementación del MAIS-FCI	Propone diferentes estrategias para ejecución de la norma	Implementación de estrategias de divulgación de la norma	Proporción de ejecución de fases y herramientas	Excelente Suficiente Limitado Insuficiente
VARIABLE DEPENDIENTE				
Operativización del MAIS-FCI	Normativa de ejecución en territorio	Aplicación del componente de prestación de servicios	Se ejecutan todos los ítems de la norma sobre el componente de prestación de servicios	Excelente Suficiente Limitado Insuficiente
VARIABLE INTERVINIENTE				
Conocimiento del MAIS-FCI	Descripción detallada de los componentes	Conocimiento de la norma	Calificación post test promedio	Excelente Suficiente Limitado Insuficiente
VARIABLE MODERADORA				
Personal para ejecución del MAIS	EAIS existentes en unidad operativa	Evidencia el déficit de EAIS en relación a población asignada	(EAIS x 4.000)/ Población asignada	Excelente Suficiente Limitado Insuficiente

Elaboración: Los Autores

8.5 Métodos de recolección de información para cada variable

Se parte del diagnóstico situacional existente en el centro de salud, y en base a ello se realizaron:

- Fases y herramientas de implementación del MAIS-FCI:
 - ✓ Conformación del EAIS
 - ✓ Sectorización geopoblacional y asignación del EAIS

- ✓ Identificación y mapeo de actores
 - ✓ Formación y/o fortalecimiento de organizaciones locales de salud
 - ✓ Diagnóstico situacional participativo
 - ✓ Elaboración del mapa parlante y sala situacional
 - ✓ Propuesta de intervención sobre los problemas y necesidades de salud
 - ✓ Proceso para atención en escenario familiar
 1. Identificación y captación de la familia
 2. Llenado de la ficha familiar
 3. Diagnóstico básico de necesidades de salud
 4. Formulación del plan de atención familiar
 5. Ejecución del plan de atención familiar
 6. Seguimiento y monitoreo de las familias
- Operativización del MAIS-FCI: Se evaluó el cumplimiento del componente de provisión de servicios.
- ✓ Identificación de grupos prioritarios de atención, grupos con riesgos específicos según condiciones sociales, ambientales, laborales
 - ✓ Prestaciones por ciclos de vida, es decir aplicación de protocolos definidos por el Ministerio de Salud Pública
 - ✓ Informe de escenarios de atención: individual, familiar, comunidad, ambiental
 - ✓ Informe de modalidades de atención: intramural, extramural
 - ✓ Consolidado de herramientas para brindar prestaciones integrales de salud, es decir fichas familiares, con consentimiento informado (anexo 2) y herramientas para evaluación familiar (anexo 3).
- Conocimiento del MAIS-FCI: Se evaluaron conocimientos posteriores al taller de la ficha familiar, dado por la Dirección Nacional de Primer Nivel del MSP.
- Personal para ejecución del MAIS: Se evidenciaron los EAIS con los que cuenta, o con los que podría contar la unidad operativa.

8.6 Universo y muestra en función de cada una de las variables

Fases y herramientas de implementación del MAIS-FCI: Se decidió trabajar con EAIS y personal de apoyo para agilizar la recolección de los datos.

Operativización del MAIS-FCI: Se seleccionó a la población según criterios de inclusión para realizar un estudio de grupo focal, es decir se ha tomado en cuenta que el estándar para el sistema de salud ecuatoriano es de un EAIS por cada 4000 habitantes (MSP & Gobernanza, 2013b), entonces ese es el universo, en cuanto a la heterogeneidad, hace referencia a la dispersión en alguna variable relevante en la investigación, se ha estimado la población adscrita como la variable principal y como no se conoce su valor se estipula heterogeneidad del 50%. Para el cálculo de la muestra se establece un margen de error del 5%, es decir un nivel de confianza del 95%, con esos datos se calcula la muestra en netquest (Netquest, 2016), que es de 351 personas a estudiar.

Conocimiento del MAIS-FCI: Se realizó una evaluación post intervención en el grupo de TAPS en formación del Centro Cotocollao.

Personal para ejecución del MAIS: Evaluó el tiempo requerido para la ejecución en base al tiempo utilizado.

9. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

9.1 Resultados de la evaluación operativa

El estudio se desarrolló mediante la ejecución de los métodos de recolección de información descritos en la metodología, que se desarrollaron con la participación del equipo de investigación, el cual se conformó con la anuencia de las dependencias del MSP (anexo 4, 7 y 8); su proceso se describe a continuación.

9.1.1 Análisis del proceso del estudio

9.1.1.1 Fases y herramientas de implementación del MAIS-FCI

9.1.1.1.1 Sectorización geo poblacional y asignación del EAIS

Para seleccionar la población de estudio, de manera conjunta con el proceso de Provisión y Calidad de Servicios de Salud del Distrito 17D03 y la responsable del Centro de Salud de Cotocollao se establecieron criterios de priorización de la población a intervenir, los cuales tomaron en cuenta datos relevantes del censo 2010 (descritos anteriormente) y factibilidad de acceso e intervención.

Posteriormente se acudió a la Dirección de Planificación de la Zona de Salud 9, en donde, en base al manual de procedimientos (Ministerio de Salud Pública del Ecuador & Ministerio Coordinador de Desarrollo Social del Ecuador, 2015), se nos facilitaron los mapas, los cuales permitieron realizar los planos y croquis para el trabajo de campo (anexo 6).

Luego se identificaron las zonas que corresponden a la población geográfica asignada, dentro de la provincia 17 (Pichincha), Cantón 01 (Quito) y Parroquia 03 (Cotocollao) (INEC, n.d.-a), en el cual el MSP (Planta Central) ha asignado el unicódigo 1658 al centro de Salud de Cotocollao y además se han numerado a los EAIS por zonas y sectores, acorde a la población que le corresponde según el MAIS-FCI, que en este caso es el EAIS EU36, todos estos datos se los recolectaron en la Dirección Distrital.

El EAIS EU (establecimiento urbano) 36, tiene asignada la población de la zona 59 con los sectores 2, 3 y la zona 64 con los sectores del 1 al 7 (anexo 6). Se pudo observar

que de esa manera se podía cumplir con la población establecida en el MAIS-FCI de 4.000 personas pues cada sector tiene una población estimada de 120 a 150 familias (definido en sector censal amanzanado) y un estimado de 3 personas por familia. Las manzanas que existen en cada sector son:

Tabla 9: Manzanas por sector y zona

ZONA	SECTOR	MANZANAS
64	1	7
64	3	1
64	5	2

Fuente: Trabajo de campo, hoja

Autores: Investigadores

Con todos estos antecedentes se seleccionó a la población para la toma de muestra, zona 64, sectores 1, 3 y 5, cabe indicar que en el sector 5 se visitaron solo 8 familias pues con ello se completó la muestra.

Al mismo tiempo que se planificaban técnicamente las visitas domiciliarias, se solicitaron los dispositivos móviles (anexo 9, 10 y 13) para la realización de las fichas familiares a la Dirección Nacional del Primer Nivel y Dirección Zonal de Provisión y Calidad de los Servicios de Salud, lo que se inició el 6 de abril del 2016 hasta el 19 de septiembre de 2016, es decir, aproximadamente un plazo de 5 meses.

9.1.1.1.2 Dificultades o facilidades en la sectorización geo poblacional y asignación del EAIS

A pesar que la metodología propuesta inició con la conformación del EAIS, se requirió primero establecer la población y herramientas a utilizar para posteriormente establecer la necesidad del personal, por ello se intercambiaron los dos primeros momentos del estudio.

Un dato importante fue que en el sector 5 solo se estudiaron 8 familias pues en el análisis se comparan sectores, lo que provoca sesgo de selección en algunas ocasiones.

Al momento de acudir al MSP Planta Central Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención, se dialogó con el personal, quienes manifestaron que la última ficha familiar, del año 2015 (Ministerio de Salud Pública del Ecuador & Ministerio Coordinador de Desarrollo Social del Ecuador, 2015), se encontraba en formato digital, sin embargo solo

podía realizarse en dispositivos móviles con características específicas, ello ocasionó una demora de 5 meses para el trámite administrativo que permitiera el acceso a los mismos, además se requirió la participación y apoyo de Planta Central, Coordinación Zonal, Dirección Distrital y Dirección del Centro de Salud.

En los diferentes niveles administrativos se brindaron las facilidades y apoyo necesarios, además se interesaron en el tema, sobre todo en Planta Central, quienes posteriormente, acompañaron al grupo al levantamiento de datos para evaluar diferentes aspectos y ajustar las herramientas para la ejecución de la estrategia a nivel nacional.

9.1.1.1.3 Conformación del EAIS

Para la realización del trabajo de campo en terreno se conformaron 3 equipos con autorización para participar en el estudio, cabe indicar que se programaron 5 equipos:

- 2 postgradistas del tercer año de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria
- 2 postgradistas del primer año de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria
- 2 aspirantes a Técnicos en Atención Primaria de Salud (TAPS)

Además de la conformación de los EAIS es necesario establecer los materiales indispensables, para la recolección de los datos se utilizaron las siguientes herramientas:

1. Ficha familiar en dispositivo móvil (Tablet)
2. Hoja de “análisis familiar” (anexo 3)
3. Hoja de “consentimiento informado” (anexo 2)
4. Balanza
5. Cinta métrica
6. Esferos de colores (para familiograma, ecomapa, mapa de riesgos)
7. Hojas de papel bond (para croquis)

9.1.1.1.4 Dificultades o facilidades en la Conformación del EAIS

Al inicio del estudio el personal de Planta Central (Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención) brindó una capacitación (anexo 11, 12, 13 y 14) para el adecuado llenado de la ficha familiar digital, a la cual asistieron los investigadores, la responsable del Comité de Coordinación Asistencial Docente (ComCAD) del Distrito y una enfermera rural, su

asignación se realizó por parte de la Dirección del Distrito, sin embargo solo 2 personas, los investigadores, corresponden a quienes posteriormente levantaron los datos en terreno. El distrito no facilitó la participación del TAPS devengantes de beca ya formado, ni del personal de planta del Centro de Salud.

Dentro de las herramientas para el levantamiento de información se requirió la balanza, en un inicio la facilitó el Centro de Salud, sin embargo por la dificultad de su uso ya que era eléctrica, se requirieron pilas y en ocasiones era necesaria para otras actividades, por ello se adquirió una balanza mecánica para las visitas, de igual manera con la cinta métrica, lo cual fue factible pues su precio no fue alto (balanza \$14 y cinta métrica \$0,5).

9.1.1.1.5 Identificación y mapeo de actores

En cuanto a este acápite, al mismo tiempo que se realizaban los trámites para los numerales anteriores, se procedió a identificar a la directiva legalmente constituida del sector 3, el primero en que se aplicaron las fichas familiares. Se contactó a la presidenta y secretaria de la directiva para informarles la actividad a realizar, además en coordinación con el Centro de Salud se programó la elaboración del plan local de salud con diferentes actores sociales.

9.1.1.1.6 Dificultades o facilidades en la identificación y mapeo de actores

La negociación con los integrantes de directivas es complicada, ya que su misión lógica es encontrar un beneficio para quienes representan, lo que es favorable, sin embargo el resultado en salud es a mediano y largo plazo, requiere de análisis para evidenciar los resultados, lo cual da la impresión errada a los líderes comunitarios y a la comunidad, que las visitas domiciliarias son un medio para beneficiar intereses partidistas consecuencia del desconocimiento del MAIS-FCI.

Las facilidades que brindó la población del estudio fueron claras, con poco rechazo, sin embargo los líderes no acudían siempre a las reuniones convocadas para elaborar el Plan Local de Salud, probablemente el inconveniente fue que las mismas se realizaban en horario laboral, en la unidad de salud y sin la formalidad requerida.

9.1.1.1.7 Formación y/o fortalecimiento de organizaciones locales de salud

Se formaron los clubs de adultos mayores en el Sector de Ponciano Bajo y de Cotocollao de manera coordinada con el Centro de Salud, las aspirantes a TAPS y las postgradistas de primer año de Medicina Familiar y Comunitaria, en los mismos se trataron temas relacionados a: enfermedades crónicas no transmisibles, soberanía alimentaria, etiquetado de alimentos, actividad física, cambios fisiológicos del adulto mayor, salud mental, nutrición, además se realizaron tomas de presión arterial, glucemia, peso, talla, (anexo 4).

9.1.1.1.8 Dificultades o facilidades en la formación y/o fortalecimiento de organizaciones locales de salud

Para la conformación de los clubes de adultos mayores no existieron inconvenientes, por el contrario la población asistió con agrado y colaboraron, incluso hay personas de menor edad dentro de este grupo, lo cual es un dato clave pues se puede apreciar que las personas adultas mayores están prestas y deseosas de participar en las actividades propuestas.

Según Erikson (Armas & Díaz, 2007), dentro de las 8 etapas del desarrollo individual, se encuentra la etapa de generatividad vs. aislamiento, que incluye a la adultez media y madura, momento de transición que debe ser tomado en cuenta para promover la virtud del cuidado y prepararlos hacia la siguiente etapa de adulto mayor que se relaciona con la virtud de la sabiduría, con ello se disminuyen los efectos de la jubilación y se fortalecen los grupos ciudadanos organizados.

9.1.1.1.9 Diagnóstico situacional participativo

El diagnóstico situacional fue realizado por el personal del Centro de salud Cotocollao y presentado a la dirigencia del comité local de salud de manera conjunta con resultados parciales del presente estudio. Los datos proporcionados permitieron que la comunidad proporcione ideas para delinear el Plan Local de Salud y se planteó la elaboración del borrador en la siguiente reunión con la participación de mayor número de personas de la comunidad.

9.1.1.1.10 Dificultades o facilidades en el diagnóstico situacional participativo

La convocatoria que realizó el Centro de salud tuvo poco interés por parte de la comunidad lo que ocasionó que acudieran pocas personas (cuatro), se realizaron dos convocatorias más a las cuales asistieron solo dos personas.

Se pudo apreciar que el personal de salud que realizó el diagnóstico situacional no contaba con los conceptos básicos de los lineamientos operativos del MAIS (Subsecretaría Nacional de Gobernanza (Ministerio de Salud Pública del Ecuador), 2013) pues se presentó un documento titulado análisis situacional de salud (ASIS) siendo este el diagnóstico situacional de la unidad operativa, (sin priorización de los problemas con la comunidad) que constituye una parte del ASIS (Subsecretaría Nacional de Gobernanza (Ministerio de Salud Pública del Ecuador), 2013).

9.1.1.1.11 Elaboración del mapa parlante y sala situacional

El mapa parlante ya se encontraba elaborado en la unidad operativa (anexo 18), los datos del estudio permitieron actualizarlo así como a la sala situacional.

9.1.1.1.12 Dificultades o facilidades en la elaboración del mapa parlante y sala situacional

Una vez revisada la información que se encuentra en el manual de procedimientos para la aplicación de la ficha familiar 2014 – 2015 (Ministerio de Salud Pública del Ecuador & Ministerio Coordinador de Desarrollo Social del Ecuador, 2015), en el acápite relacionado a la cartografía, impresiona que al hablar de mapa parlante no se ajusta al concepto de mapa, pues se trata de una unidad geográfica de menor amplitud, por lo que nemotécnicamente debería utilizarse el término “plano parlante”.

Durante la intervención en territorio, no fueron útiles ni los mapas ni los planos, a pesar de dar una orientación general, se requirió realizar un croquis por cada manzana para de esa manera poder operativizar el control de visitas, es decir, conocer edificaciones y viviendas visitadas, rechazadas, etc. El inconveniente del croquis es que no contó con ningún tipo de escala lo cual crea falsas relaciones espaciales (anexo 15).

9.1.1.1.13 Propuesta de intervención sobre los problemas y necesidades de salud

A pesar de la poca acogida de los directivos del comité local de salud a la convocatoria de la unidad operativa, con los asistentes se trabajó en un borrador de plan local de salud, es por ello que se planteó trabajar este documento en una asamblea ampliada.

9.1.1.1.14 Dificultades o facilidades en la propuesta de intervención sobre los problemas y necesidades de salud

Hasta la fecha de elaboración del presente documento no se ha conseguido realizar la asamblea ampliada.

9.1.1.1.15 Proceso para atención en escenario familiar

a) Identificación y captación de la familia

Existen 4 criterios para la priorización de la visita domiciliaria y la selección de las familias (MSP, 2012a):

1. Socioeconómico
2. Epidemiológico
3. Demográfico
4. Administrativo

El estudio tomó en cuenta los criterios 1 y 4 por ello se optó por la estrategia de barrido de los sectores asignados al EAIS-EU36. Las familias a quienes se realizará el estudio se encuentran en la Provincia de Pichincha, Cantón Quito, Parroquia Cotocollao, Zona 64, Sectores 1, 3 y 5. En cuanto al criterio de riesgo, se tomó en cuenta a la pobreza visitando los sectores y observando los lugares con probables problemas y para factibilidad del estudio se priorizó la facilidad de acceso geográfico.

Dificultades y facilidades:

Al inicio, salir a la comunidad sin citas previas ni conocimiento de las personas que habitan en el sector, propone un desafío, aspectos que pasan desapercibidos pero que

causan impacto en los EAIS es por ejemplo que ya no se realizan atenciones dentro de consultorios, sino en campo, con sol, lluvia, problemas de seguridad por delincuencia, riesgo de mordedura por perros que abundan, además es agotador llevar a cabo la actividad y no todos los días son satisfactorios, además los procesos de registro al regresar a la unidad operativa llevan mayor tiempo que aquellos que se realizan rutinariamente en la atención regular.

Al encontrar problemas serios, como una persona embarazada con bajo peso y sin controles prenatales, es bastante satisfactorio el interesarse y conseguir que se resuelva el problema que pone en riesgo la vida de las personas, el barrido presentó como ventaja que permitió aproximarse a la realidad de la comunidad que en un 60% aproximadamente no tiene ningún seguro y es responsabilidad del MSP aunque no acudan a sus unidades de salud.

b) Llenado de la ficha familiar

Para el llenado de la ficha familiar fue necesaria la capacitación sobre el uso y registro de datos en los dispositivos *tablets*, en el cual participaron los investigadores y 2 delegados del distrito, una vez concluida la capacitación se realizaron 3 réplicas (anexo 16). El 14 de septiembre se autoriza la entrega de las *tablets* al distrito 17d03.

No se realizó convocatoria a la población a intervenir por cuanto la técnica seleccionada fue el barrido, se visitaron los domicilios puerta a puerta y se llenó la ficha familiar.

Dificultades y facilidades:

El llenado de la ficha familiar fue un paso importante para acceder a la realidad de la comunidad, permite conversar con la población de responsabilidad, identificar sus necesidades, sin embargo, no se le da la importancia requerida pues para el estudio solo se tomó en cuenta a estudiantes que probablemente no continúen todos en el centro de salud y ocasionará ruptura de continuidad en la estrategia.

c) Diagnóstico básico de necesidades de salud

El proceso de recolección de información se lo realizó en 22 días, en horarios irregulares pues, no se podían descuidar otras actividades asignadas tanto en la unidad operativa como en el proceso de formación de la universidad

En cuanto a la revisión de los datos levantados en la ficha familiar, en el período de octubre a noviembre de 2016 se realizaron 371 visitas domiciliarias (intentos), de las cuales 99 fueron efectivas, es decir que se pudieron obtener datos, los que se procesaron con los programas Epi Info y Office Excel, se encontró lo descrito en evaluación analítica.

Dificultades y facilidades:

Aproximadamente en 1 de cada 4 visitas se conseguía completar la ficha familiar, lo cual es complejo, ya que aquellas visitas que no consiguen su propósito deben ser registradas en el croquis, dispositivo móvil detallando sus características y en una lista para programar posteriores visitas o intentar en diferentes horarios.

d) Formulación del plan de atención familiar

Para ello se revisaron y priorizaron los problemas identificados, tomando en cuenta los 3 escenarios estudiados a lo largo del proceso de elaboración y análisis de ficha familiar que son: comunidad, familia y personas.

Dificultades y facilidades:

En terreno, al momento de identificar un inconveniente que puede ser intervenido, sobre todo problemas biológicos, se debe continuar con las visitas programadas, luego al final de la jornada o al inicio de la siguiente, se debe contactar al personal con mayor capacidad para dar respuesta, no siempre el personal puede colaborar pues el MSP agenda citas previas, en ocasiones con un mes de antelación lo cual no permite conseguir nuevas citas, en ese caso la gestión para la atención pierde su componente técnico y se transforma en un problema personal que depende de la voluntad de cada uno de los involucrados y no siempre es de colaboración. En ese contexto es complicado registrar las actividades realizadas o a realizarse para consolidarlas y elaborar un informe.

Se identificaron algunos problemas familiares, más su gestión es complicada pues requiere de consejería familiar, la que requiere de personal competente especializado y no es el médico familiar, sino un sub especialista con esa competencia, el cual no se encontró en el personal del centro de salud del estudio.

El plan tiene mayor factibilidad para solucionar problemas de la comunidad, como contaminación u otros que la población haya identificado, no necesariamente relacionados directamente a morbilidad, pero es bastante limitado en el tema de atenciones individuales pues eso requiere de organización interna en la unidad de salud.

El plan de atención no basta con identificar un problema e informarlo a la población involucrada pues, si ellos intentan conseguir un turno en la unidad de salud, la mayoría comentaron que deben llamar al call center, el cual agenda citas en aproximadamente un mes y el problema no se resuelve, pues la mayoría no acude por el tiempo prolongado de espera.

e) Ejecución del plan de atención familiar

El plan de atención familiar permite identificar, seleccionar, priorizar e intervenir los problemas del sector estudiado, sin embargo la mayoría de intervenciones se las realiza inmediatamente después de identificarlas, sobre todo en el plano biológico.

Para acordar una nueva visita el dispositivo móvil cuenta con el registro de problemas y riesgos (ambiental, nutricional, social, embarazo, discapacidad) y su plan de intervención tiene parámetros o tareas, por ejemplo para el problema del ruido es necesario establecer tres tareas, individual, del EAIS de la comunidad, también puede seleccionarse otra intervenciones como familiar, articulación intersectorial, lo cual involucra a varios actores para dar solución a conflictos identificados.

Dificultades y facilidades:

En la mayoría de ocasiones el proceso se llevó a cabo de manera automática, con el ejemplo dado, el ruido se plantea alguna intervención individual, se registró la solicitud al municipio para su intervención, en la tarea de comunidad se colocó la gestión de igual manera con el municipio pero de manera organizada, y en la tarea del EAIS se propuso

dar seguimiento al tema. Al no existir un consolidado en los datos, se pierden y quedan anotados, únicamente para establecer el tiempo de la siguiente visita que tentativamente es en 3 meses, lo cual se gestiona con el tarjetero para dar continuidad al tema.

El dispositivo no registró por ejemplo el problema de desnutrición severa en un niño visitado, lo cual se identificó al procesar los datos para el informe. Facilitaría bastante el proceso, que se involucre a estadística para que se procesen los datos diarios recolectados y ellos informen de los problemas observados y verifiquen si se realizó intervención.

f) Seguimiento y monitoreo de las familias

La evaluación de la oferta en la práctica, se encuentra bastante familiarizada con el personal pues ya ha laborado en el centro de salud y conoce su capacidad resolutive, así como también se conoce el proceso para referir lo que se requiera, por lo tanto a pesar de no haberlo consultado en algún documento, se gestiona sin inconvenientes, en cuanto a los criterios para familia saludable, es complicado y requiere tiempo además de una adecuada estrategia para abordar el tema de soberanía alimentaria, identificado como problema en el estudio.

El dispositivo móvil no arroja resultados para realizar gestión en corto tiempo, es necesario el análisis de datos consolidados para establecer estrategias.

Dificultades y facilidades:

El dispositivo móvil facilita identificar problemas de tipo alimentario, como alimentos procesados, bebidas azucaradas y comida rápida, sin embargo se limita en cuanto al tipo de dieta requerida para cada familia según su patología o antecedentes familiares para prevenir o retardar el inicio de la enfermedad.

Es complicado recolectar datos e intervenirlos al mismo tiempo pues se requiere de análisis por sector para planificar estrategias comunitarias costo – efectivas, ello se debe a la cantidad de personas que debe intervenir un EAIS (4000 personas), uno de los autores del estudio realizó su formación en Cuba, donde el equipo de atención se encuentra a cargo de 1500 personas y aun así es complicado gestionar adecuadamente la atención a la población asignada. Si bien es cierto que el contexto en Cuba es diferente

al del Ecuador, el Modelo seleccionado requiere un mayor número de EAIS y una menor población a intervenir para alcanzar los objetivos propuestos.

9.1.1.2 Operativización del MAIS-FCI

9.1.1.2.1 Identificación de grupos prioritarios de atención, grupos con riesgos específicos según condiciones sociales, ambientales, laborales

Según la Constitución del Ecuador, art. 35 “Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad”, todos ellos se identifican con el dispositivo móvil. De igual manera la población en riesgo.

Dificultades y facilidades:

La valoración de los riesgos ambientales de la población es subjetiva y no cumple criterios técnicos.

9.1.1.2.2 Prestaciones por ciclos de vida, es decir aplicación de protocolos definidos por el Ministerio de Salud Pública

Los protocolos para atención por ciclos de vida se cumplieron en el tema biológico a quienes se intervinieron, de igual manera lo estipulado en el MAIS-FCI, fue el sustento para las intervenciones extramurales.

Dificultades y facilidades:

Dado que la atención intramural requirió la intervención de diferentes profesionales, no se pudieron consolidar los datos de la atención intramural.

9.1.1.2.3 Informe de escenarios de atención: individual, familiar, comunidad, ambiental

La presentación de datos consolidados cumple con este criterio en los tres escenarios de atención.

Dificultades y facilidades:

Ninguna de importancia.

9.1.1.2.4 Informe de modalidades de atención: intramural, extramural

Como se detalló en el ítem 9.1.1.2.2, no se consolidó lo referente a atención intramural.

Dificultades y facilidades:

Ninguna de importancia.

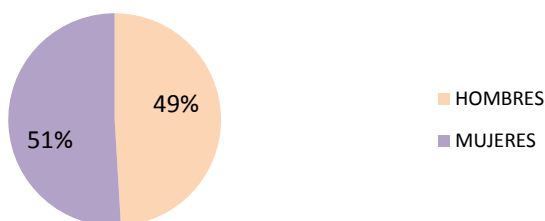
9.1.1.2.5 Consolidado de herramientas para brindar prestaciones integrales de salud

Se consolidaron los datos en base a los 3 escenarios propuestos por el MAIS-FCI: ambiental, comunidad, familiar e individual. Se juntaron los temas: ambiental y comunidad pues, tenían aspectos en común.

9.1.1.2.5.1 Ambiental y comunidad

De la población en estudio se puede determinar que el mayor porcentaje corresponde las mujeres con 51% en relación a los hombres.

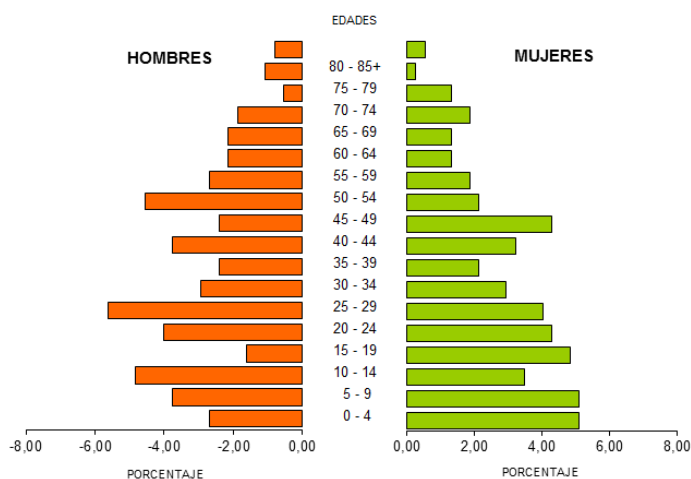
Ilustración 13: Composición por sexo



Fuente: Trabajo de campo, dispositivo móvil
Autor: Investigadores

Es verdad que no se justifica el uso de pirámides poblacionales en grupos pequeños, se lo realizó para comparar la muestra con el universo de la provincia y se aprecian semejanzas. La pirámide poblacional se asemeja a una progresiva fundamentalmente dada por la distribución etárea de las mujeres.

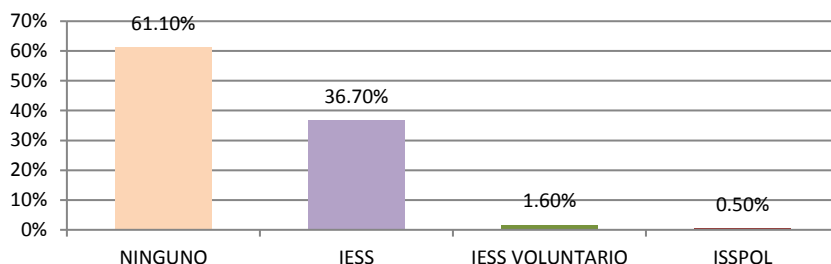
Ilustración 14: Pirámide poblacional



Fuente: Trabajo de campo, dispositivo móvil
Autor: Investigadores

En relación a la adscripción de los usuarios al seguro de salud la ilustración muestra que el mayor porcentaje de la población estudiada no lo tiene lo que corresponde al 61,1%, y un 36,70% son afiliados al IESS. Menos del 10% cuentan con seguro privado.

Ilustración 15: Adscripción



Fuente: Trabajo de campo, dispositivo móvil

Autor: Investigadores

Ilustración 16: Cuentan con seguro privado



Fuente: Trabajo de campo, dispositivo móvil

Autor: Investigadores

Si bien son pocas las fuentes de contaminación identificadas, llama la atención que la mayoría se encuentran en el sector 3, lo cual nos lleva a suponer que cada uno de los sectores a pesar de pertenecer a la misma zona, o al mismo barrio, tienen diversas realidades a tomar en cuenta para establecer las intervenciones.

Tabla 10: Contaminación

Variables	N°	%
Contaminación del aire (n=99)		
Contaminación acústica	4	4,0%
Fuentes móviles	8	8,1%
No	87	87,9%
Contaminación del agua (n=99)		
Descargas líquidas domésticas	1	1,0%
No	98	99,0%
Contaminación del suelo (n=99)		
Aguas residuales	2	2,0%
Desechos no peligrosos	1	1,0%
No	96	97,0%

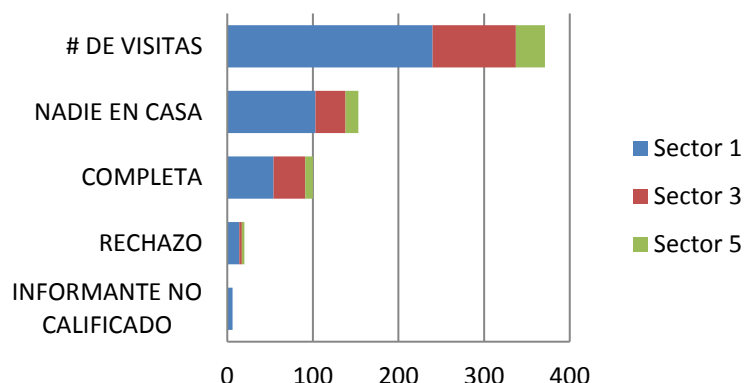
Fuente: Trabajo de campo, dispositivo móvil

Autor: Investigadores

9.1.1.2.5.2 Familiar

Se realizaron las siguientes visitas a las viviendas de los sectores seleccionados, en el período de octubre a noviembre del año 2016, se manejó la herramienta denominada “matriz de reporte” para consolidar los datos recolectados a diario y de ella se obtuvo:

Ilustración 17: Control de entrevistas



Fuente: Trabajo de campo, dispositivo móvil
Autor: Investigadores

*El número de visitas no corresponde a la sumatoria de las variables del control de entrevistas pues en algunos casos se requirió más de una visita para poder conseguir el resultado.

No es factible analizar estadísticamente el tiempo requerido para cada visita, a pesar de lo cual se pudo observar que tomó aproximadamente entre 40 y 60 minutos.

Se observa que la variable “nadie en casa” corresponde a la mayor parte de las viviendas visitadas, lo que probablemente se relaciona con el horario de visita pues se realizó en jornada laboral de 8:00 a 16:30, en la cual muchas personas se encuentran fuera de sus hogares, laborando o realizando otras actividades. Con el propósito de conseguir una visita efectiva, en ocasiones se modificaron los horarios hasta las 18:30.

Como se puede observar, existen 100 visitas completas, pero en los datos procesados solo se registran 99, ello se debe a que se concatenaron los resultados de la herramienta “análisis familiar” y los de dispositivos móviles, que se obtuvieron de datos consolidados por el proceso de Tecnología de la Información y Comunicación (TICS) del MSP y dado que en la matriz de resultados de dispositivos móviles no existía una visita completa, se la descartó para evitar discordancias de la información.

El número de familias encuestadas por sector fue:

Ilustración 18: Número de familias encuestadas por sector

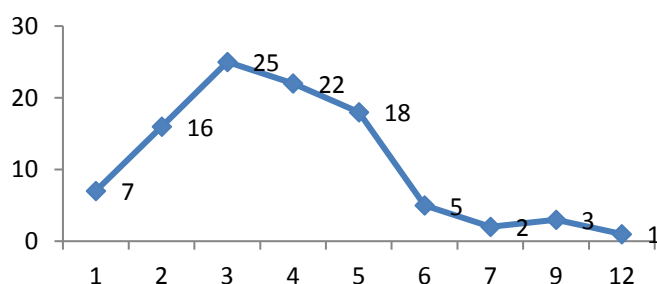


Fuente: Trabajo de campo, dispositivo móvil
Autor: Investigadores

La información proporcionada únicamente permite conocer los sectores y las manzanas (1 o más dentro de cada sector), las cuales se encuentran numeradas en forma de serpentina, sin embargo dentro de ellas se numeraron las edificaciones iniciando por el norte al lado izquierdo y siguiendo las manecillas del reloj, considerando la entrada independiente (Ministerio de Salud Pública del Ecuador & Ministerio Coordinador de Desarrollo Social del Ecuador, 2015), lo que requirió observación en terreno.

En las familias visitadas se observó que el número de integrantes oscilaba entre 1 y 12 personas, con promedio o media de 3,79, mediana de 4,5, es decir entre 4 y 5 personas, moda de 3 y con distribución gaussiana levemente inclinada a la izquierda:

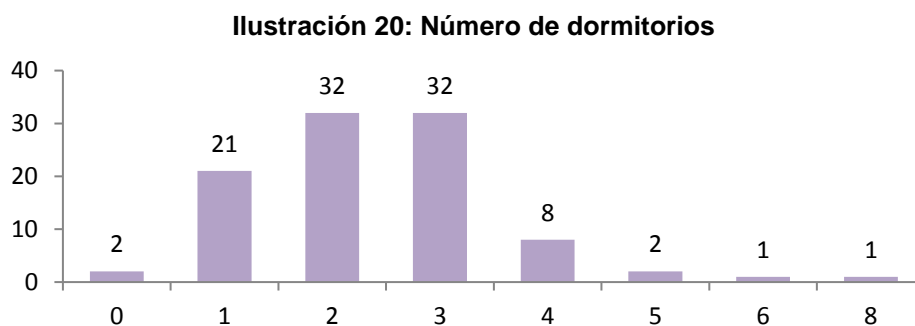
Ilustración 19: Número de integrantes por familia



Fuente: Trabajo de campo, análisis familiar
Autor: Investigadores

Tomando en cuenta el sesgo de la muestra pues se recolectaron más datos del sector 1, se puede observar que la distribución de la cantidad de integrantes por familia y por sector es al azar.

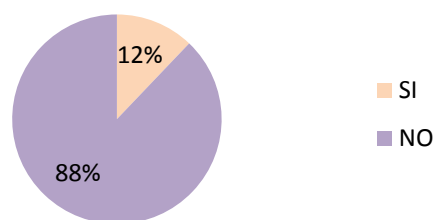
De los datos recabados en la población de estudio podemos observar que la mayoría de los hogares cuenta con 3 y 4 cuartos, sin considerar en esta información a los que corresponden a baños, cocina, garaje.



Fuente: Trabajo de campo, dispositivo móvil
Autor: Investigadores

La mayoría de los hogares visitados posee la cocina fuera del dormitorio.

Ilustración 21: Cocina en dormitorio

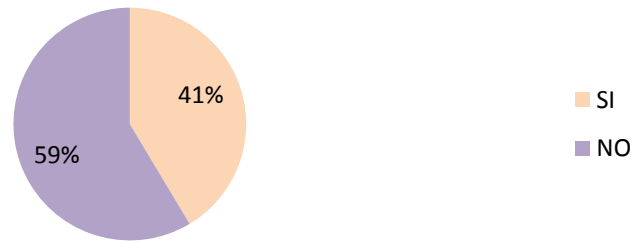


Fuente: Trabajo de campo, dispositivo móvil
Autor: Investigadores

En la población estudiada existe un 41% de familias que conviven con animales, sin embargo, no se especifica el tipo de animales ni tampoco, si los mismos se encuentra intra o extra domiciliarios por lo que para identificarlo como un riesgo es pertinente completar esta información.

No se muestran las variables relacionadas a vectores y uso de mosquitero que se recolectan en el dispositivo móvil, ya que no es útil para la investigación por la zona en la que se encuentra el estudio.

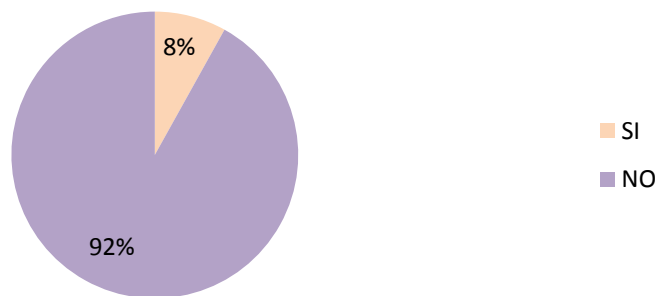
Ilustración 22: Convivencia con animales



Fuente: Trabajo de campo, dispositivo móvil
Autor: Investigadores

Se observa que el 8% tiene riesgo de incendio. No se analiza la variable riesgo de inundación ya que no se registraron datos, sin embargo estas variables son bastante subjetivas.

Ilustración 23: Riesgo de incendio



Fuente: Trabajo de campo, dispositivo móvil
Autor: Investigadores

El tiempo estimado entre la unidad operativa y la mayoría de las viviendas visitadas tanto en vehículo a motor como a pié es de 5 minutos con un máximo de tiempo de 15 minutos.

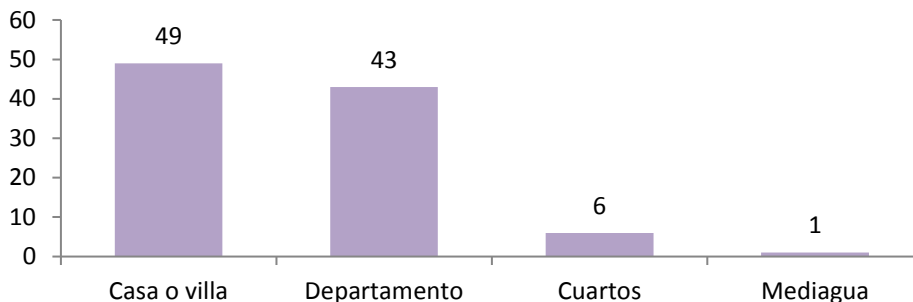
Tabla 11: Tiempo para llegar a la unidad

VARIABLES	N°	%
Tiempo en minutos en vehículo a motor (n=99)		
5 minutos	43	43,4%
10 minutos	42	42,4%
15 minutos	14	14,1%
Tiempo en minutos a pié (n=99)		
5 minutos	43	43,4%
10 minutos	42	42,4%
15 minutos	14	14,1%

Fuente: Trabajo de campo, dispositivo móvil
Autor: Investigadores

En relación a las edificaciones visitadas la mayoría de ellas corresponden al tipo de casa o villa, seguida por el tipo: departamentos.

Ilustración 24: Tipo de vivienda



Fuente: Trabajo de campo, dispositivo móvil
Autor: Investigadores

El material predominante en las construcciones del techo y paredes corresponde a hormigón y del piso se relaciona con baldosa. En cuanto a lo referente al estado en el que se encuentran los mismos es bueno en la mayoría de las viviendas visitadas, cabe recalcar que, la recolección de los datos en este acápite es el criterio del encuestado, por lo cual es bastante subjetivo.

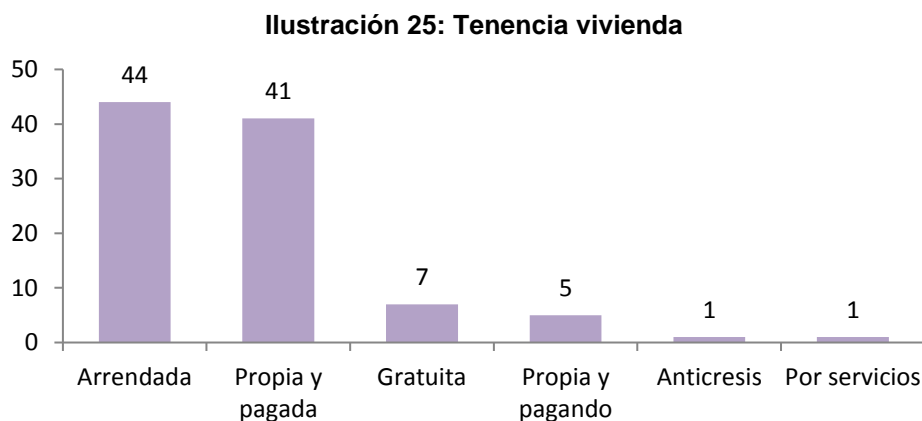
Tabla 12: Material piso

Variables	N°	%
Material del techo (n=99)		
Hormigón	64	64,6%
Otro	2	2,0%
Teja	5	5,1%
Zinc	15	15,2%
Material del piso (n=99)		
Baldosa	37	37,4%
Cemento	28	28,3%
De madera tratada	29	29,3%
Madera no tratada	4	4,0%
Otro	1	1,0%
Material de la pared (n=99)		
Adobe	1	1,0%
Bloque	23	23,2%
Hormigón	75	75,8%
Estado del techo (n=99)		
Bueno	81	81,82%
Malo	3	3,03%
Regular	15	15,15%
Estado del piso (n=99)		
Bueno	85	85,86%
Malo	2	2,02%
Regular	12	12,12%
Estado de la pared (n=99)		
Bueno	83	83,84%
Malo	2	2,02%
Regular	14	14,14%

Fuente: Trabajo de campo, dispositivo móvil
Autor: Investigadores

De las familias que se visitaron se puede identificar que la mayor parte de ellas se encuentra en arriendo, seguido de viviendas propias.

Todas las viviendas cuentan con alcantarillado, agua por red pública, (solo una con agua fuera de la vivienda), servicio municipal de recolección de basura, alumbrado eléctrico por lo que no se analizaron esas variables.



Fuente: Trabajo de campo, dispositivo móvil
Autor: Investigadores

El tratamiento de agua para consumo que realiza la población en estudio muestra que 50 familias hierven, mientras que 31 toman directamente de la llave de agua tal como la obtiene.

Tabla 13: Tenencia vivienda

Variable	Nº	%
Tratamiento del agua (n=99)		
Compra agua purificada	14	14,1%
Filtrada	4	4,0%
La hierve	50	50,5%
Toma de la llave	31	31,3%

Fuente: Trabajo de campo, dispositivo móvil
Autor: Investigadores

Los datos de la tabla muestran que el sanitario se ubica dentro de la vivienda para la mayor parte de hogares visitados, así como, el servicio de ducha que es exclusivo del hogar. El tipo de cocina más utilizado es a gas en 95% de las familias.

Tabla 14: Ubicación sanitario

Variables	N°	%
Ubicación del sanitario (n=99)		
Dentro de la vivienda	88	88,89%
Fuera de la vivienda (en el terreno)	10	10,10%
Fuera del terreno	1	1,01%
Servicio de ducha (n=99)		
Exclusivo del hogar	93	93,94%
Compartido	3	3,03%
No tiene	3	3,03%
Tipo de cocina (n=99)		
A gas	95	95,96%
Electricidad	2	2,02%
No cocina	2	2,02%

Fuente: Trabajo de campo, dispositivo móvil

Autor: Investigadores

Las propiedades de los sistemas tratan sobre el funcionamiento familiar, es decir, las relaciones interpersonales al interior del hogar. Se aprecia que en su mayoría superan el 90% excepto los holónes: conyugal, fraterno y los roles: de esposos y de hermanos, también llama la atención la concordancia exacta entre el holón conyugal y el rol de esposos pues conceptualmente son diferentes (Armas & Díaz, 2007). El instrumento elaborado: hoja de análisis familiar también investigó sobre alianzas y coaliciones pero no se encontró ninguna.

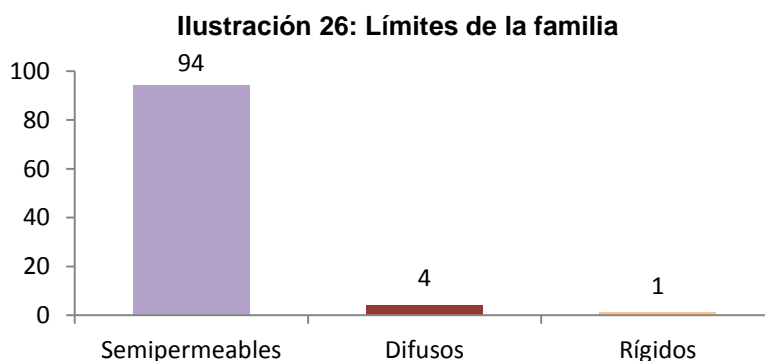
Tabla 15: Propiedades de los sistemas y roles

Variables	N°	%
Adaptación (n=99)		
No	1	1%
Si	98	99%
Entropía (n=99)		
No	4	4%
Si	95	96%
Equifinalidad (n=99)		
No	1	1%
Si	98	99%
Homeostasis (n=99)		
No	1	1%
Si	98	99%
Límite (n=99)		
No	2	2%
Si	97	98%
Retroalimentación (n=99)		
No	1	1%
Si	98	99%
Totalidad (n=99)		
No	2	2%
Si	97	98%
Holón conyugal (n=99)		
No	27	27,3%
Si	72	72,7%
Holón fraterno (n=99)		
No	26	26,3%
Si	73	73,7%
Holón individual (n=99)		
No	5	5,1%
Si	94	94,9%
Rol de esposos (n=99)		
No	27	27,3%
Si	72	72,7%
Rol de hermanos (n=99)		
No	27	27,3%
Si	72	72,7%
Rol parental (n=99)		
No	5	5,1%
Si	94	94,9%

Fuente: Trabajo de campo, hoja de análisis familiar

Autor: Investigadores

La mayoría de las familias encuestadas presentan límites semipermeables y solo un rígido.

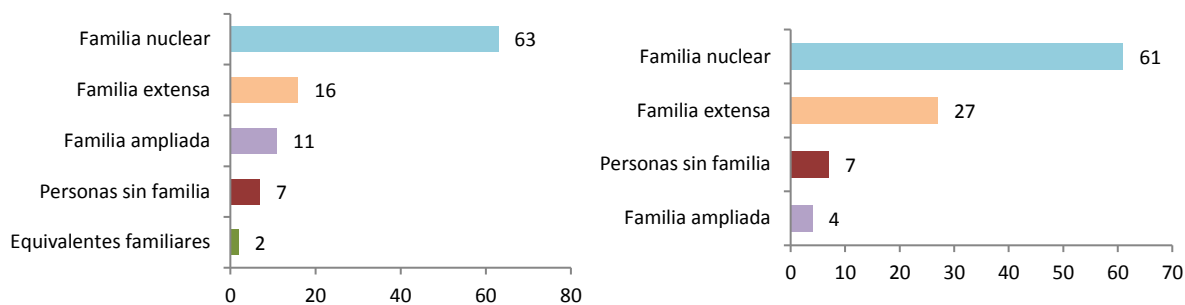


Fuente: Trabajo de campo, hoja de análisis familiar

Autor: Investigadores

Al comparar las frecuencias de datos recolectados en la hoja de análisis familiar, con los datos del dispositivo móvil, se aprecia diferencias en la clasificación de la tipología familiar, como consecuencia se observan diferentes valores, el dispositivo móvil omite el ítem equivalentes familiares, que a pesar de la baja frecuencia con la que se encontró, es un aspecto a tomar en cuenta en posteriores intervenciones.

Ilustración 27: Tipología familiar



Fuente: Trabajo de campo, hoja de análisis familiar, dispositivo móvil

Autor: Investigadores

Se observó un porcentaje importante de familias sin parientes próximos.

Ilustración 28: Cercanía de otros parientes

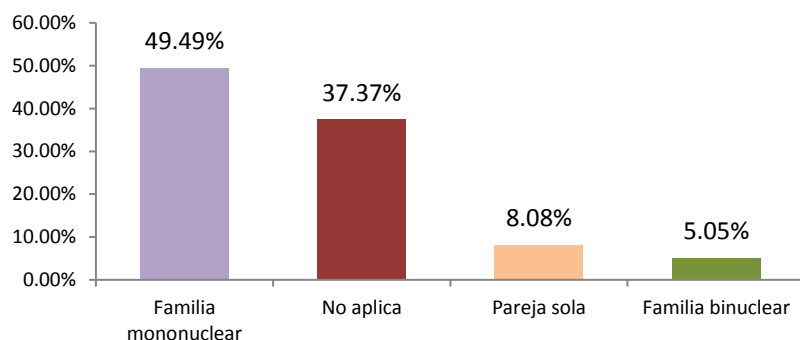


Fuente: Trabajo de campo, hoja de análisis familiar

Autor: Investigadores

Solo 8% de las familias se iniciaron con uno solo de los padres y el 5% con más de un núcleo familiar.

Ilustración 29: Núcleos de hijos



Fuente: Trabajo de campo, hoja de análisis familiar

Autor: Investigadores

El 17% de las familias estudiadas se desarrolla con uno solo de sus progenitores.

Ilustración 30: Presencia de los padres



Fuente: Trabajo de campo, hoja de análisis familiar

Autor: Investigadores

Un 5% de las familias son desintegradas, la mayoría son obreras pero no muy distante se encuentra el porcentaje de profesionales, se aprecia que en el 54% trabajan padre y madre para sustentar el hogar.

Tabla 16: Integración, ocupación y desarrollo de las familias

Variables	N°	%
Integración (n=99)		
Integrada	76	76,77%
Semi integrada	18	18,18%
Desintegrada	5	5,05%
Ocupación (n=99)		
Obrera	40	40,40%
Profesional	35	35,35%
Otro	24	24,24%
Desarrollo de las familias (n=99)		
Moderna	54	54,55%
Tradicional	35	35,35%
Otra	10	10,10%

Fuente: Trabajo de campo, hoja de análisis familiar

Autor: Investigadores

Un dato clave para evaluación familiar es su funcionalidad, para ello se han creado escalas como el APGAR familiar (“APGAR familiar,” n.d.) sobre 20 puntos. La interpretación del puntaje obtenido es la siguiente:

- Funcional: 18-20 puntos.
- Disfunción leve: 17-14 puntos.
- Disfunción moderada: 13-10 puntos.
- Disfunción severa: 9 puntos o menos.

En promedio las familias estudiadas son funcionales, el rango intercuartílico indica que la mayoría cuentan con una calificación de 18 hacia arriba, sin embargo se encuentran también valores de 3 en pocas familias, lo que orienta la intervención posterior.

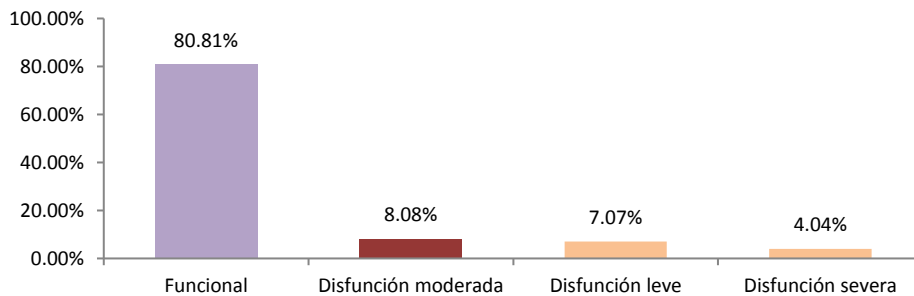
Tabla 17: Resultados del APGR familiar

Funcionalidad familiar	Obs	Media	(DE)	Mediana	(RIQ)
APGAR / 20	99	18,38	(3,11)	20	(18-20)

Fuente: Trabajo de campo, hoja de análisis familiar

Autor: Investigadores

Ilustración 31: APGAR familiar

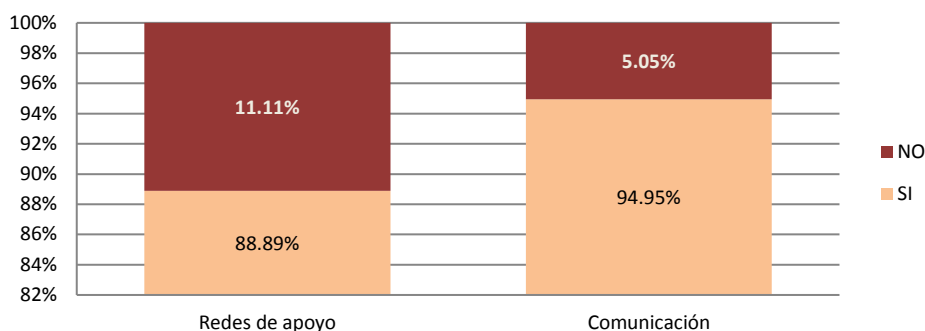


Fuente: Trabajo de campo, hoja de análisis familiar

Autor: Investigadores

La mayoría de familias cuentan con redes de apoyo y comunicación entre sus integrantes.

Ilustración 32: Redes de apoyo y comunicación

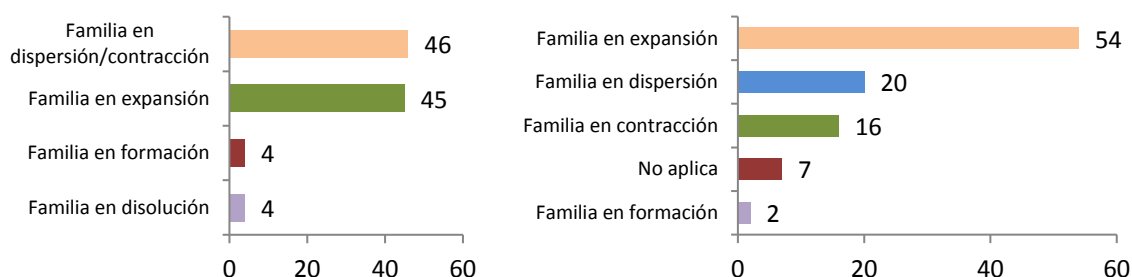


Fuente: Trabajo de campo, hoja de análisis familiar

Autor: Investigadores

El dato de ciclo vital familiar es diferente en su clasificación entre las dos herramientas utilizadas, 7 familias no aplican a esta clasificación en el dispositivo móvil, lo cual crea la diferencia de valores, además la hoja de análisis familiar junta dos ítems las familias en dispersión y las familias en contracción que son diferentes pues las familias en dispersión se refieren a cuando los hijos alcanzan la madurez y en contracción cuando los hijos salen del hogar hasta cuando fallece uno de los cónyuges (“Médicos Familiares.com,” n.d.).

Ilustración 33: Ciclo vital familiar

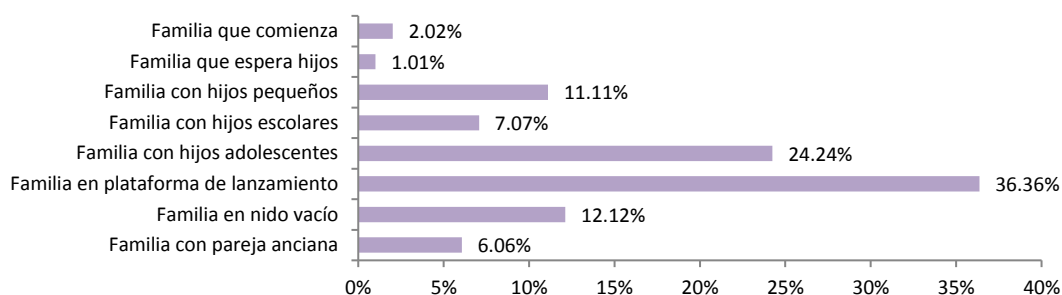


Fuente: Trabajo de campo, hoja de análisis familiar, dispositivo móvil

Autor: Investigadores

La mayoría de familias se encuentran en etapa de plataforma de lanzamiento, pocas comienzan o esperan hijos, lo que concuerda con la distribución etárea.

Ilustración 34: Etapas del ciclo vital familiar

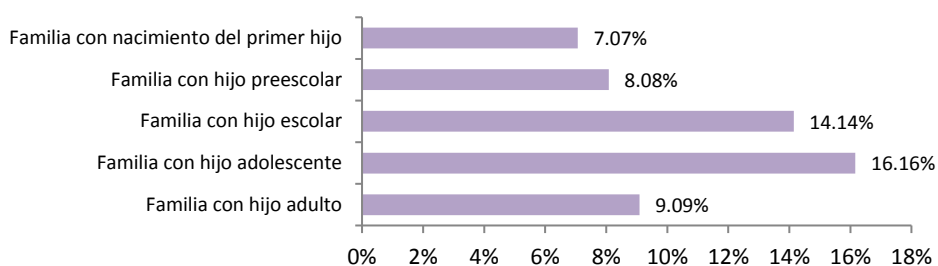


Fuente: Trabajo de campo, hoja de análisis familiar

Autor: Investigadores

La mayoría de familias con hijos, se encuentra en la etapa de hijos adolescentes, las familias sin hijos corresponden al 45,45%. Los ciclos deberían analizarse por núcleo familiar (abuelos padres hijos embarazados), pues los datos se enmascaran al enfocarse en la familia central.

Ilustración 35: Etapas del ciclo vital familiar

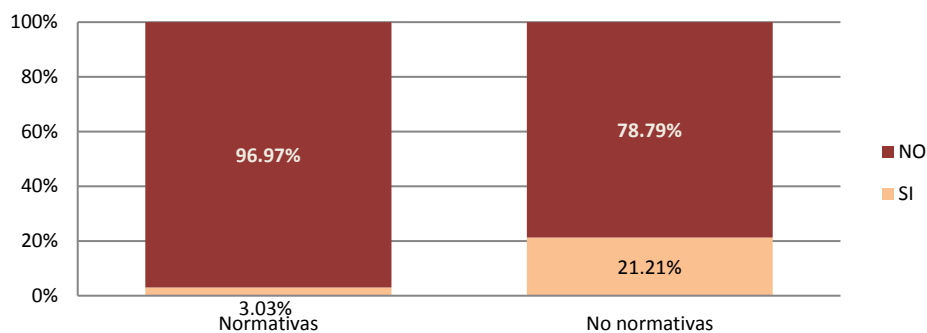


Fuente: Trabajo de campo, dispositivo móvil

Autor: Investigadores

La mayoría de familias no tienen crisis, se aprecia mayor porcentaje de crisis no normativas, es decir evitables que pueden solucionarse con intervención dirigida.

Ilustración 36: Crisis familiares



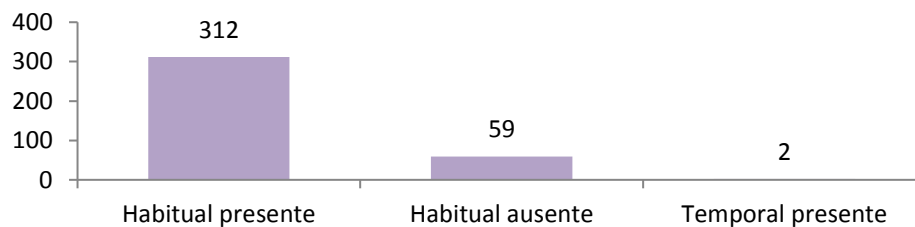
Fuente: Trabajo de campo, dispositivo móvil

Autor: Investigadores

9.1.1.2.5.3 Individual

En cuanto a la clasificación de miembros del hogar se identificaron 59 personas como residentes habituales ausentes, es decir que han estado fuera de su casa por menos de 6 meses y 2 temporales presentes, es decir más de 3 meses, aunque no planifican estar en ese hogar por mucho tiempo (Ministerio de Salud Pública del Ecuador & Ministerio Coordinador de Desarrollo Social del Ecuador, 2015). No se tomó en cuenta las variables parentesco, razón de no matrícula, tipo de establecimiento y el peso pues no proporcionan datos útiles en frecuencias simples.

Ilustración 37: Residente



Fuente: Trabajo de campo, dispositivo móvil

Autor: Investigadores

El momento de la visita domiciliar se encontró al 45% de la muestra presente en sus hogares.

Ilustración 38: Presente

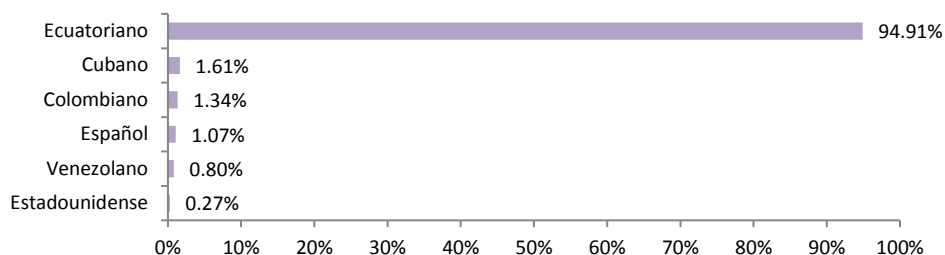


Fuente: Trabajo de campo, dispositivo móvil

Autor: Investigadores

Más del 90% de personas estudiadas son ecuatorianas, menos del 5% fueron de otra nacionalidad.

Ilustración 39: Nacionalidad

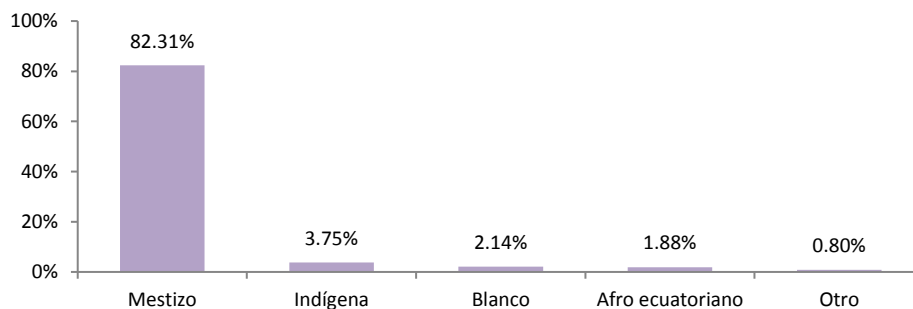


Fuente: Trabajo de campo, dispositivo móvil

Autor: Investigadores

En su mayoría las personas estudiadas se consideran mestizas y en segundo lugar indígenas, menos del 5%.

Ilustración 40: Etnia

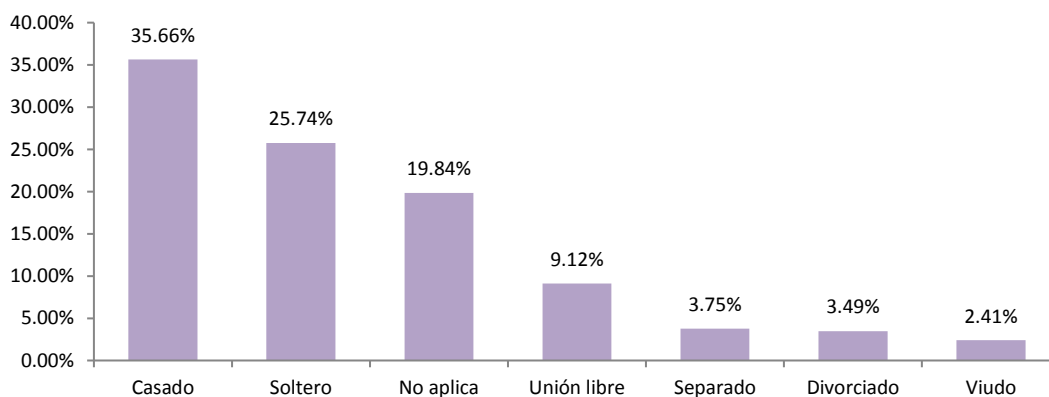


Fuente: Trabajo de campo, dispositivo móvil

Autor: Investigadores

Sobre el estado civil, menos del 50% se encontraron casados y un 25% solteros, separados y divorciados un 7% y viudos 2%.

Ilustración 41: Estado civil

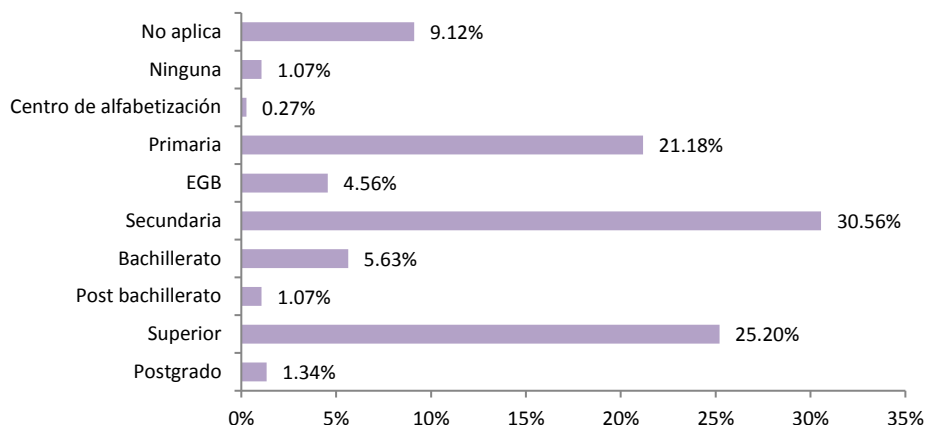


Fuente: Trabajo de campo, dispositivo móvil

Autor: Investigadores

El tema de instrucción tuvo inconvenientes pues el dispositivo móvil permitía el registro de dos escalas simultáneas que combinaban valores, sin embargo se puede apreciar mayor porcentaje de personas que han concluido el bachillerato y un porcentaje importante (25%) con instrucción superior.

Ilustración 42: Instrucción

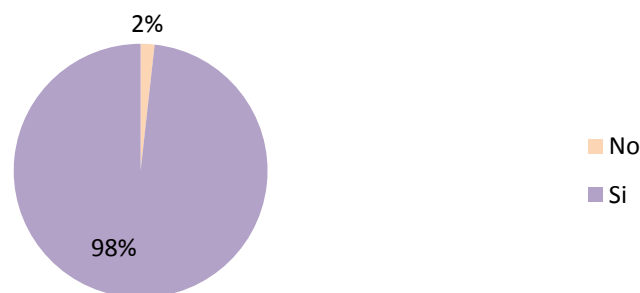


Fuente: Trabajo de campo, dispositivo móvil

Autor: Investigadores

En cuanto al analfabetismo se identificó un 2% de personas que no saben leer ni escribir.

Ilustración 43: Lee y escribe

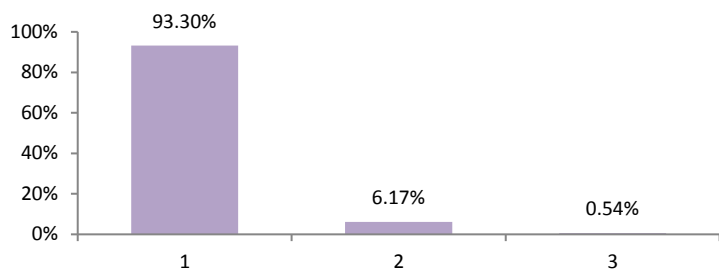


Fuente: Trabajo de campo, dispositivo móvil

Autor: Investigadores

Se apreció un 6% de personas con 2 núcleos familiares y menos del 1% con 3.

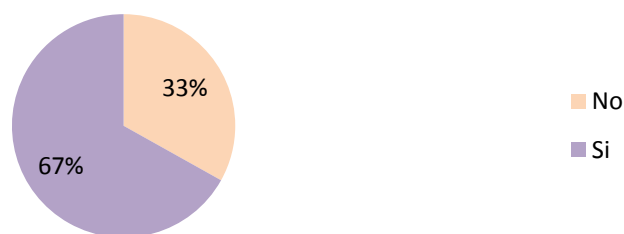
Ilustración 44: Número de núcleos familiares



Fuente: Trabajo de campo, dispositivo móvil
Autor: Investigadores

El 33% de personas del sexo masculino, 12 años o más dicen que son padres.

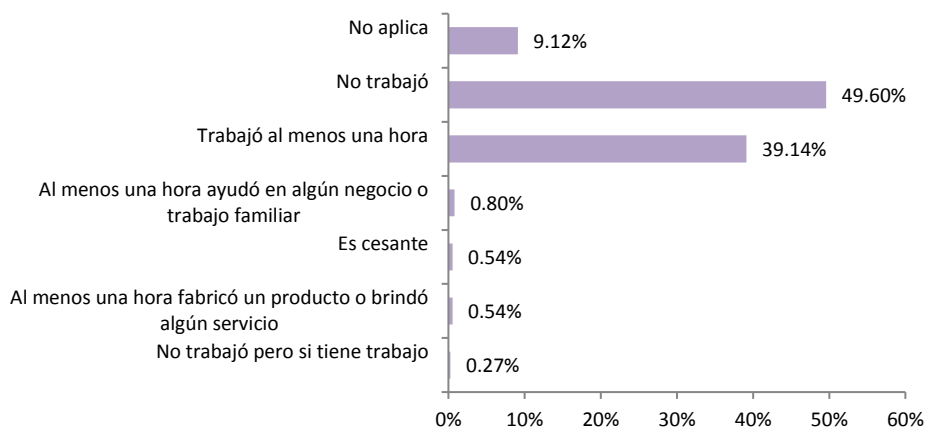
Ilustración 45: Paternidad



Fuente: Trabajo de campo, dispositivo móvil
Autor: Investigadores

La mayoría de las personas, el 49% de las personas mencionan no haber trabajado la semana anterior a la encuesta.

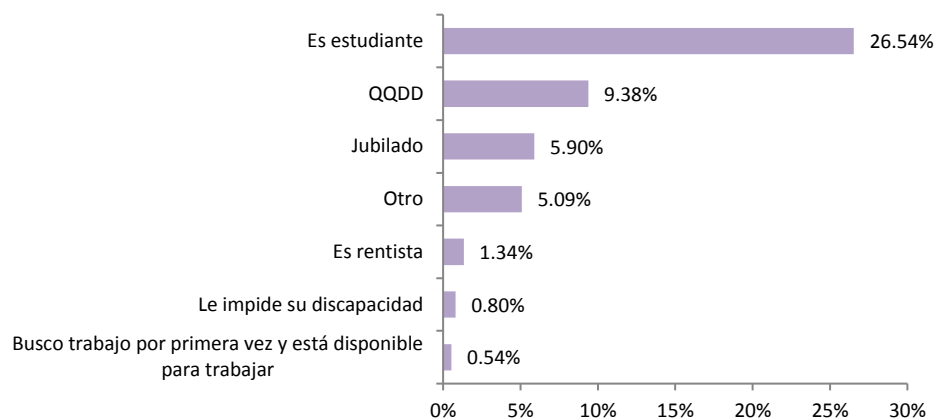
Ilustración 46: Actividad laboral



Fuente: Trabajo de campo, dispositivo móvil
Autor: Investigadores

De las personas que no tienen trabajo, el 26% estudian, menos del 1% busca trabajo y no lo ha encontrado.

Ilustración 47: Alternativa de trabajo

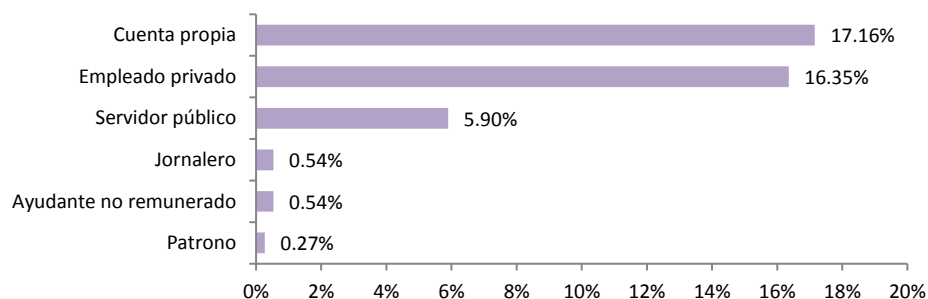


Fuente: Trabajo de campo, dispositivo móvil

Autor: Investigadores

De las personas que laboran, la mayoría 17%, es por cuenta propia, luego siguen empleados privados 16% y públicos 6%.

Ilustración 48: Categoría ocupación



Fuente: Trabajo de campo, dispositivo móvil

Autor: Investigadores

De la muestra se identificó discapacidad en el 2%.

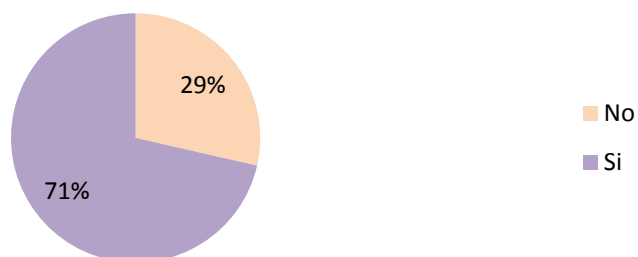
Ilustración 49: Discapacidad



Fuente: Trabajo de campo, dispositivo móvil
Autor: Investigadores

Llama la atención que de las personas discapacitadas encontradas, el 29%, no cuenta con carnet.

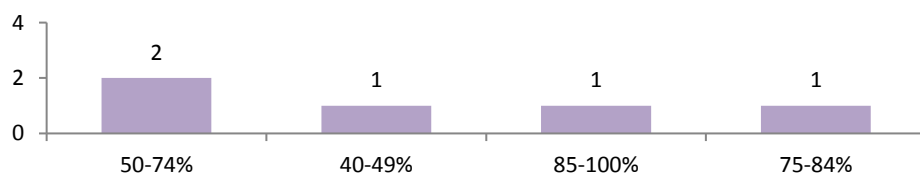
Ilustración 50: Carnet de discapacidad



Fuente: Trabajo de campo, dispositivo móvil
Autor: Investigadores

Para presentar los datos de porcentaje de discapacidad se seleccionaron frecuencias para establecer el número de personas y su porcentaje de discapacidad.

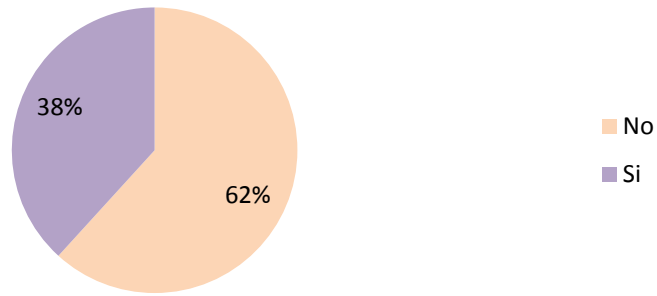
Ilustración 51: Porcentaje de discapacidad



Fuente: Trabajo de campo, dispositivo móvil
Autor: Investigadores

Entre las personas menores de 5 años el 38% asisten a guarderías.

Ilustración 52: Asiste a guardería



Fuente: Trabajo de campo, dispositivo móvil
Autor: Investigadores

De las personas que asisten a servicio infantil, la mayoría utilizan los servicios del MIES o programas públicos, 3 acuden a servicios privados.

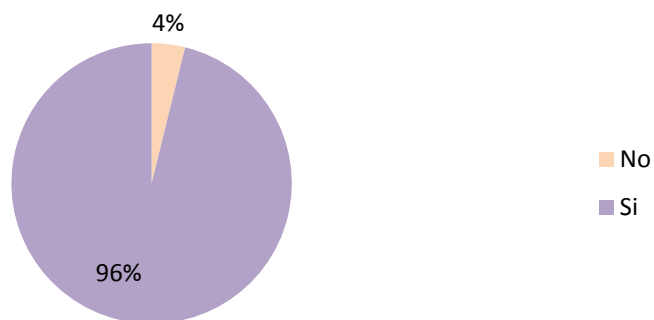
Ilustración 53: Programa de servicio infantil



Fuente: Trabajo de campo, dispositivo móvil
Autor: Investigadores

Se identificó que un 4% no asiste a la escuela y debería hacerlo.

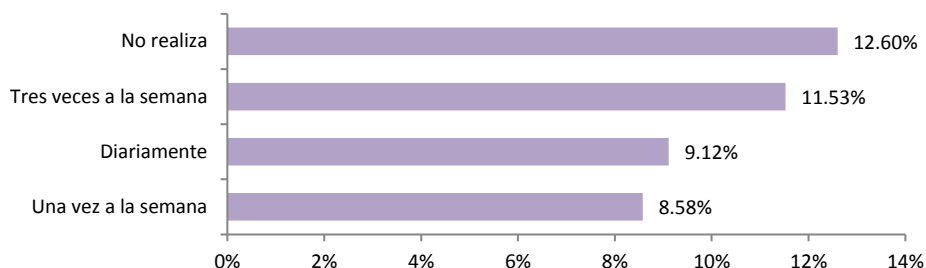
Ilustración 54: Asistencia escolar



Fuente: Trabajo de campo, dispositivo móvil
Autor: Investigadores

La mayoría de las personas encuestadas 12%, no realiza actividad física, el 11% lo realiza 3 veces a la semana.

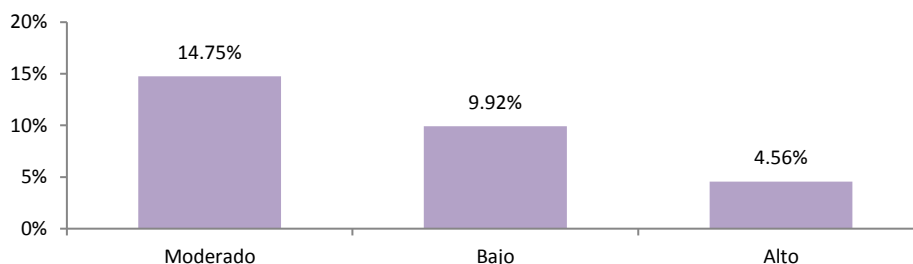
Ilustración 55: Actividad física



Fuente: Trabajo de campo, dispositivo móvil
Autor: Investigadores

De las personas que realizan ejercicio, la mayoría lo hacen de manera moderada, solo un 4% alto.

Ilustración 56: Categoría actividad física



Fuente: Trabajo de campo, dispositivo móvil
Autor: Investigadores

Llama la atención que el 25% de niños no recibieron leche materna.

Ilustración 57: Recibió leche



Fuente: Trabajo de campo, dispositivo móvil
Autor: Investigadores

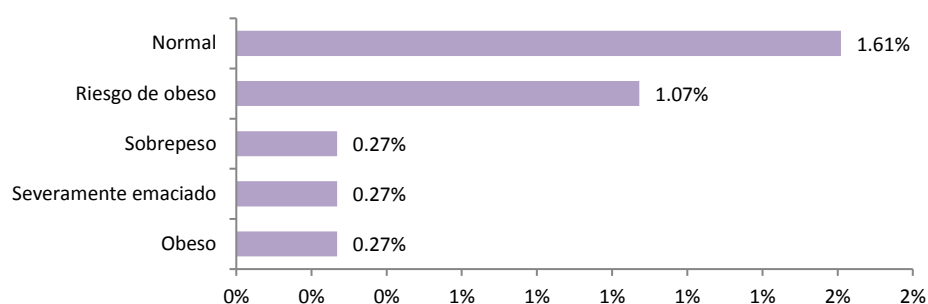
El dispositivo móvil solo calcula IMC de menores de 5 años por ello se perdieron algunos datos, además tampoco es la medida ideal para la evaluación en menores.

No se intervino a la persona severamente emaciada pues el dispositivo móvil solo permite ingresar los datos y al no disponer de curvas de crecimiento no se pudo

identificar su estado nutricional, sin embargo al verificar los datos proporcionados por TICS, se comprueba que en efecto, existe esa condición por lo que se recomienda usar curvas de crecimiento para las visitas domiciliarias, además al momento de confirmar el inconveniente, se procedió a informar al personal para dar seguimiento.

Llama la atención el término mayores pues da la impresión que se trata de personas adultas, sin embargo al revisar los datos da la impresión que el término se relaciona con problemas asociados al peso.

Ilustración 58: Estado nutricional mayores



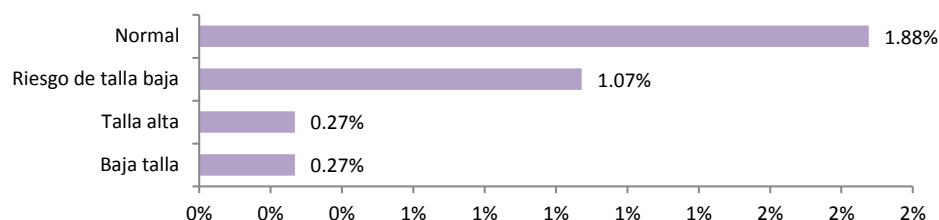
Fuente: Trabajo de campo, dispositivo móvil

Autor: Investigadores

No se intervino a la persona de talla baja porque el dispositivo solo permite registrar los datos y no arroja resultados que si los registra en la base de datos enviada por TICS, se recomienda usar curvas de crecimiento para las visitas.

Llama la atención el término menores pues da la impresión que se trata de personas menores de edad, sin embargo al revisar los datos da la impresión que el término se relaciona con problemas asociados a la talla.

Ilustración 59: Estado nutricional menores



Fuente: Trabajo de campo, dispositivo móvil

Autor: Investigadores

La mayoría de la muestra no consume alimentos procesados, el 10% lo hace 2 a 4 veces en la semana. 44% consumen bebidas azucaradas al menos una vez a la semana, el 26% no las consume. De igual manera la mayoría 55% consume comida rápida al menos una vez a la semana, el 36% no la consume.

Tabla 18: Consumo de alimentos

Variables	N°	%
Consumo alimentos procesados (n=99)		
Nunca	80	47,34%
1 vez a la semana	70	41,42%
2 – 4 veces a la semana	18	10,65%
Diariamente	1	0,59%
Consumo bebidas azucaradas (n=99)		
Nunca	45	26,63%
1 vez a la semana	76	44,97%
2 – 4 veces a la semana	35	20,71%
5 – 6 veces a la semana	3	1,78%
Diariamente	10	5,92%
Consumo de comida rápida (n=99)		
Nunca	62	36,69%
1 vez a la semana	93	55,03%
2 – 4 veces a la semana	13	7,69%
Diariamente	1	0,59%

Fuente: Trabajo de campo, dispositivo móvil

Autor: Investigadores

El 22% de la muestra adiciona sal a la comida.

Ilustración 60: Adiciona sal



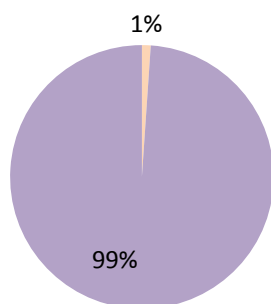
Fuente: Trabajo de campo, dispositivo móvil

Autor: Investigadores

El 99% consume sal yodada.

Ilustración 61: Sal tipo

■ No consume ■ Sal yodada



Fuente: Trabajo de campo, dispositivo móvil
Autor: Investigadores

El dispositivo móvil identificó al 11% de personas con alguna patología.

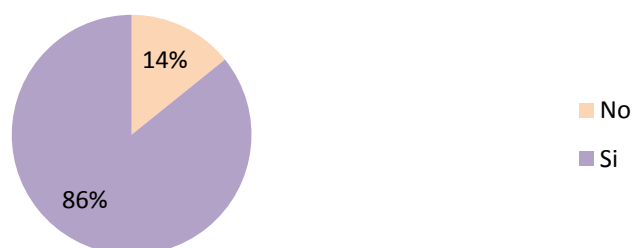
Ilustración 62: Tiene patología



Fuente: Trabajo de campo, dispositivo móvil
Autor: Investigadores

El 14% de la población estudiada no cuenta con esquema completo de vacunas.

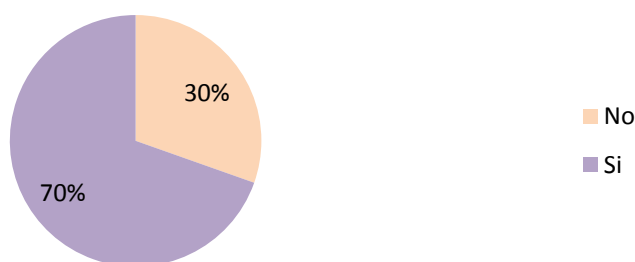
Ilustración 63: Vacunación



Fuente: Trabajo de campo, dispositivo móvil
Autor: Investigadores

El 30% de la muestra no cuenta con controles odontológicos, el dispositivo no menciona el período, se tomó en cuenta al último año para las preguntas. En el dispositivo móvil se revisaron los que no aplican, menores de un año, sin embargo si existen mayores de un año en los cuales el dispositivo móvil registró que no aplican.

Ilustración 64: Control odontológico



Fuente: Trabajo de campo, dispositivo móvil
Autor: Investigadores

El 57% de la muestra fueron adultos, seguidos de infantes en 19%. Llama la atención el punto de corte de 19 años en adolescentes, pues si bien cumple lo estipulado en los ítems de clasificación por edades (Armas & Díaz, 2007), no cumple el propósito de analizar a los grupos poblacionales por mayoría de edad, aparentemente población económicamente activa (PEA), sin embargo al revisar la bibliografía en Ecuador se considera PEA desde los 10 años de edad (INEC, n.d.-b; “Población Económicamente Activa (PEA),” 2007).

El dispositivo móvil no permite registrar edad de >98 años por lo que se registró con la mayor edad que permitía el dispositivo que es de 98 años.

Tabla 19: Ciclo vital individual

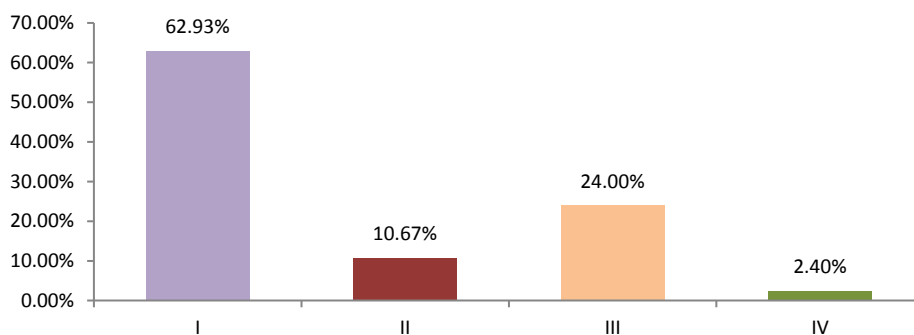
	CICLO VITAL INDIVIDUAL (años)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Infancia (19%)	<1 Lactante menor	8	2%
	1-<2 Lactante mayor	3	1%
	2-5 Preescolar	27	7%
	6-10 Escolar	32	9%
Adolescencia (12%)	11-13 Adolescencia temprana	20	5%
	14-16 Adolescencia media	12	3%
	17-19 Adolescencia tardía	15	4%
Adulto (57%)	20-34 Adulto joven	88	24%
	35-49 Adulto medio	70	19%
	50-64 Adulto maduro	53	14%
Adulto mayor (12%)	65-75 Anciano joven	30	8%
	76-85 Anciano mayor	10	3%
	>85	5	1%
	Total	373	100%

Fuente: Trabajo de campo, dispositivo móvil
Autor: Investigadores

En cuanto a los datos de personas en el dispositivo móvil se registraron 2 embarazadas sin embargo en el análisis familiar solo se registró una persona en ese estado, de ellas, las 2 se encuentran en riesgo bajo, 1 con bajo peso y sin controles prenatales, se consiguió inmediatamente que sea atendida por el personal en el Centro de Salud.

En el tema dispensarización, la mayoría 62%, se encuentran en categoría I, es decir aparentemente sanos, luego 24% en categoría III es decir con patología.

Ilustración 65: Dispensarización



Fuente: Trabajo de campo, dispositivo móvil

Autor: Investigadores

Se intervino al 7% al momento de procesar los datos, sin embargo posteriormente se continuaron brindando atenciones a las personas del estudio, para lo cual no existe herramienta que sistematice los datos para el análisis.

Ilustración 66: Intervención



Fuente: Trabajo de campo, hoja de análisis familiar

Autor: Investigadores

9.1.1.2.6 Indicador de operativización

No se han encontrado indicadores que evalúen la operativización del MAIS-FCI, sin embargo el denominador común de las acciones a realizarse en terreno es el número de personas que se pueden visitar por lo tanto se puede analizar desde el punto de vista de la unidad de salud y su población asignada para el año 2016 que es de 82.655 y tomando en cuenta que el MAIS-FCI estipula que un EAIS en la zona urbana tiene a cargo 4.000 habitantes, entonces la unidad requiere 21 EAIS, los cuales están conformados por 1 medico, 1 enfermera y un TAPS (MSP, 2012a).

Dado que al momento no existen TAPS formados en el centro de salud, se calculó el número de EAIS con 1 médico y 1 enfermera y para el cálculo de operativización se estableció el porcentaje de cobertura en base al personal existente, se excluyeron los médicos en función administrativa, especialistas (excepto médicos familiares) y rurales, si se tomaron en cuenta médicos devengantes de beca; en cuanto a enfermeras se excluyeron las que están en función administrativa y rurales, pero se tomaron en cuenta a auxiliares de enfermería para el cálculo (Talento Humano, 2016).

- Médicos: 6 médicos generales, 3 médicos familiares. Total 9
- Enfermeras: 6 enfermeras, 4 auxiliares. Total 10
- En relación a médicos y enfermeras existen 9 EAIS en el Centro de Salud

Para el cálculo: 9 EAIS cubren teóricamente a 36.000 personas es decir al 43,55%.

9.1.1.3 Conocimiento del MAIS-FCI

Para el desarrollo del trabajo de investigación se realizaron capacitaciones sobre elementos básicos del MAIS-FCI en su componente de provisión de servicios (anexo 16), y a lo largo del proceso de recolección de datos fue necesario proporcionar mayor información de temas dialogados informalmente.

Si bien es cierto que la ficha familiar es solo una herramienta para la ejecución de un componente del MAIS-FCI, se tomó en cuenta la calificación posterior al taller de ficha familiar de Planta Central (anexo14) descrito para tener un valor cuantitativo: 3 calificaciones fueron del 14/20 (70%) y una del 18/20 (90%), es decir en promedio 75%.

Dificultades y facilidades:

El conocimiento teórico del MAIS-FCI, dista de un conocimiento teórico estricto, pues se trata de una actitud y lógica diaria para realizar las actividades, por ello no se estimó necesario realizar evaluaciones teóricas rutinarias, sino del diálogo permanente, ello limitó un análisis cuantitativo.

9.1.1.4 Personal para ejecución del MAIS

En el numeral “indicador de operativización” se estableció el número de EAIS con los que cuenta la unidad operativa en relación al número de profesionales médicos y enfermeras.

Dificultades y facilidades:

Al momento de recolectar los datos para el estudio ninguno de los EAIS teóricos establecidos realizaban ningún tipo de actividades relacionadas con el trabajo extramural. En el Distrito 17D03, al que pertenece el centro de salud Cotocollao existen TAPS formados, sin embargo se encuentran apoyando en actividades administrativas.

9.1.2 Análisis del proceso de las instrucciones operativas

Tabla 20: Indicadores y porcentaje de ejecución del diseño del plan

Estrategia	Indicadores	Fuente	Resultados	% de ejecución	% general de ejecución	
Socialización del MAIS	Criterio de selección de población ejecutado	Informe técnico	3 variables de sectorización utilizadas / 3 variables de sectorización estipuladas	100%	94,4%	
	Proporción de actores a favor por grado de poder / Proporción de actores existentes por grado de poder	Documento de síntesis	3 directivas de sector contactadas / 3 directivas de sector existentes	100%		
	Talleres ejecutados / Talleres planificados	Elementos clave del MAIS	1 taller ejecutado / 1 taller planificado	100%		
Diagnóstico de situación de salud	Prestación de servicios por ciclos de vida Ciclo vital individual	Bibliográfica	13 ciclos vitales individuales intervenidos / 13 ciclos de vida identificados	100%		
	Tipología familiar Ciclo vital de pareja y de familia Identificación de riesgos	Bibliográfica Herramientas de medicina familiar	5 tipologías de ciclo vital de familia intervenidas / 5 tipologías de ciclo vital de familia identificadas ³	3 tipos de riesgo identificados / 3 tipos de riesgo existentes		100%
	Sistematización de información individual y familiar Trabajo conjunto con epidemiología	Análisis de información recolectada del estudio local	1 consolidado de información individual, familiar y comunitario realizado / 1 consolidado de información individual, familiar y comunitario programado	0 trabajos conjuntos con epidemiología ejecutados / 1 trabajo conjunto con epidemiología programado		50%
	Proporción de líderes comunitarios en el Comité Local de Salud Elaboración conjunta FODA	Hojas de ruta	3 grupos de líderes comunitarios elaborando el plan local de salud / 3 grupos de líderes comunitarios identificados			100%
	Parámetros escritos / Parámetros establecidos	Revisión documental	1 diagnóstico situacional elaborado según criterios del MAIS / 1 diagnóstico situacional programado		100%	
Análisis de situación de salud	Parámetros intervenidos / Parámetros establecidos	Revisión documental	1 PLOS ejecutado (anexo 19) / 1 PLOS programado	100%		

Fuente: Consolidado de resultados, actas de reunión, listas de asistencia

Elaboración: Autores

9.2 Resultados de la evaluación analítica

9.2.1 Contrastación bibliográfica de los resultados

El documento elaborado por el Ministerio de Salud de Chile, dirigido a los equipos de salud titulado “Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria” elaborado en el año 2012 (Ministerio de Salud, 2012), al igual que el MAIS-FCI del Ecuador (MSP, 2012a) cuentan con un marco teórico bastante amplio para las diferentes intervenciones, sin embargo es necesario conocer la realidad local posterior a las intervenciones, ello facilita identificar brechas entre lo teórico y lo real para establecer nuevos requerimientos reales para la gestión local en relación a los elementos existentes en el contexto de las diferentes intervenciones.

El informe “Prestación de Servicios Públicos Desconcentrados del Ministerios de Salud Pública” (PROMODE GIZ, 2013) desarrollado en los distritos de salud de Sigchos, Joya de los Sachas y Jama-Pedernales permite conocer las brechas locales identificadas para la operativización del MAIS-FCI a nivel local, el valor agregado del presente documento es que permite conocer la realidad local, lo cual facilita a sus gestores identificar problemas de gestión macro para poder solventarse.

El manual de procedimientos de aplicación de la ficha familiar (Ministerio de Salud Pública del Ecuador & Ministerio Coordinador de Desarrollo Social del Ecuador, 2015) establece como indicadores a evaluar los del PNBV 2013-2017 (SENPLADES, 2013), en cuyo objetivo 3 se observa la mortalidad por enfermedades crónicas como diabetes, HTA, ECV, demencia y Alzheimer, accidentes de transporte terrestre, influenza y neumonía, homicidios, enfermedades isquémicas cardíacas, cirrosis, enfermedades inmunoprevenibles y enfermedades del sistema urinario, muchos de ellos no se tomaron en cuenta para la elaboración de la ficha familiar.

El PNBV (SENPLADES, 2013) también trata sobre embarazo adolescente, salud sexual y reproductiva, sobrepeso, obesidad, hacinamiento, recolección de basura, cantidad de profesionales de salud requeridos por unidad operativa, control pre y post natal, educación de la salud para el auto cuidado, modificación de conductas hacia hábitos de vida saludables, lactancia materna, detección temprana de enfermedades prevenibles que causen discapacidad, enfermedades congénitas, medicina preventiva,

orientación sexual, alimentación saludable, actividad física, participación comunitaria, acceso a vivienda, agua, alcantarillado, transporte y movilidad.

Además el PNBV (SENPLADES, 2013) pone énfasis en indicadores como razón de mortalidad materna, mortalidad infantil, desnutrición crónica en menores de 2 años, obesidad y sobrepeso en niño de 5 a 11 años, lactancia materna en los 6 primeros meses de vida, VIH en recién nacidos, hacinamiento, déficit habitacional.

Otros indicadores no tomados en cuenta a considerar en la ficha familiar son algunos de los establecidos en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ONU, 2015), entre los cuales constan:

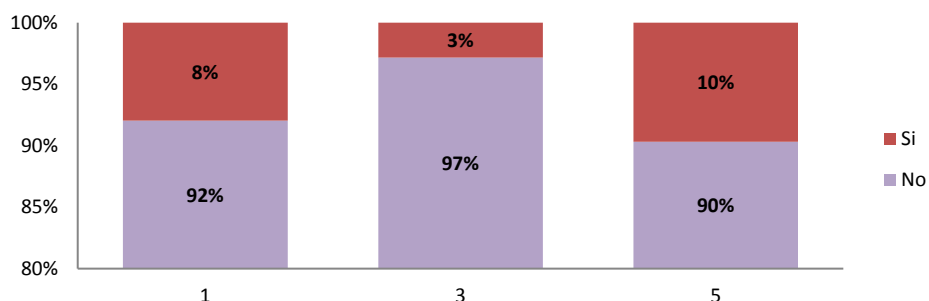
1. *Erradicar la pobreza y el hambre*: Indicadores 1A: reducir la proporción de personas con ingresos menores a 1,25 dólares al día, 1B: disminuir la brecha de desigualdad de género en la tasa de empleo, 1C: Niños menores de 5 años con un peso inferior a lo normal.
2. *Lograr la enseñanza primaria universal*: Indicador 2A: Todos los niños con educación primaria.
3. *Promover la igualdad entre los sexos y el empoderamiento de la mujer*: Indicador 3A: Eliminar las desigualdades de género en todos los niveles de enseñanza.
4. *Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años*: 4A: Reducir la mortalidad en niños menores de 5 años (tasas de neumonía, diarrea y sarampión).
5. *Mejorar la salud materna*: Indicadores 5A: Reducir la tasa de mortalidad materna, 5B: acceso universal a la salud reproductiva (cuidado prenatal, embarazos adolescentes, planificación familiar).
6. *Combatir el VIH/SIDA, malaria y otras enfermedades*: Indicadores 6A: reducir la propagación del VIH/SIDA, 6B: acceso universal a tratamiento del VIH/SIDA, tuberculosis.
7. *Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente*: Indicador 7C: acceso sostenible al agua potable y servicios básicos de saneamiento.
8. *Fomentar una alianza mundial para el desarrollo*: Indicador 8D: accesibilidad a internet.

9.2.2 Análisis comparativo de los datos recolectados

9.2.2.1 Ambiental y comunidad

Si bien no existen datos para evaluar la pobreza por sector estudiado, en el sector 3 de manera subjetiva y sin parámetro técnico, se pudo observar menor capacidad adquisitiva en cuanto a diseños de viviendas, autos aspecto de la decoración de las viviendas, vestimenta; ello concuerda con un menor porcentaje de seguros privados comparados por sector, lo cual podría ser un indicador indirecto de capacidad adquisitiva.

Ilustración 67: Porcentaje de seguros privados por sector



Fuente: Trabajo de campo, dispositivo móvil

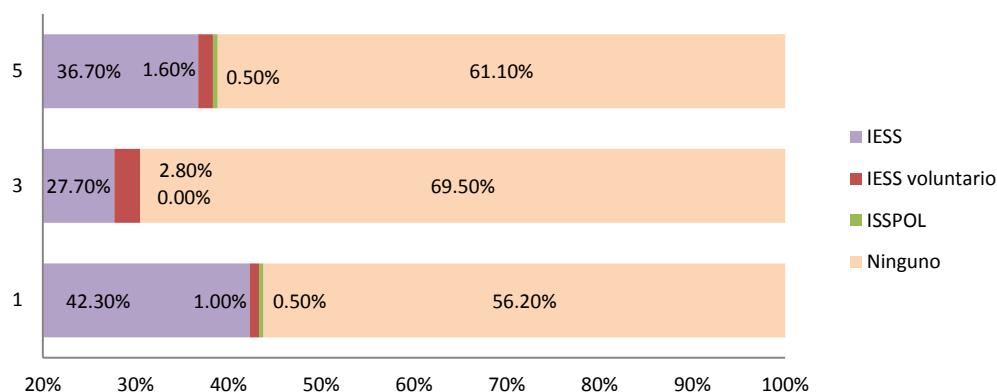
Autor: Investigadores

La adscripción trata sobre la responsabilidad de los diferentes seguros de salud sobre su población de responsabilidad (Giovannella et al., 2015), en ese sentido, es necesario establecer la responsabilidad de la unidad de salud del MSP sobre su población asignada para diferentes procesos macro, entre ellos la gestión financiera para brindar servicios de salud por sector. En el Ecuador, excepto en el IESS, no se encontraron listados de adscripción por establecimiento, probablemente existen pero no se ha establecido la responsabilidad institucional para establecer estrategias de primer nivel de manera coordinada.

El estudio permitió identificar la población de responsabilidad del MSP, sin embargo no se pudo verificar la veracidad de los datos pues solo se realizaron preguntas y no es posible compararlo con bases de datos nacionales.

Se observó mayor población de responsabilidad del MSP en el sector 3, en promedio la población adscrita es del 62,27%.

Ilustración 68: Adscripción por sector

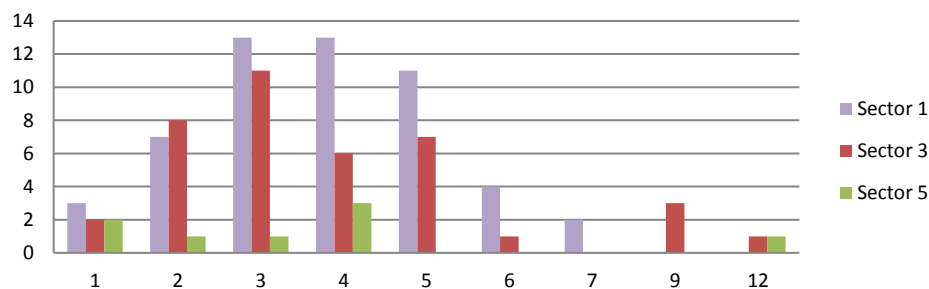


Fuente: Trabajo de campo, dispositivo móvil

Autor: Investigadores

Se esperaba que en el sector con aparente menor capacidad adquisitiva existan más personas por familia, sin embargo como se observa en la ilustración, su distribución fue al azar.

Ilustración 69: Número de personas en cada familia por sectores



Fuente: Trabajo de campo, dispositivo móvil

Autor: Investigadores

La contaminación de agua, y suelo se observó exclusivamente en el sector 3, sobre la contaminación en aire además del sector 3, también se observó en mayor proporción en el sector 1 y en menor proporción en el sector 5. Llama la atención en el tema contaminación del suelo la presencia de desechos no peligrosos en el sector 1.

Tabla 21: Contaminación por sector

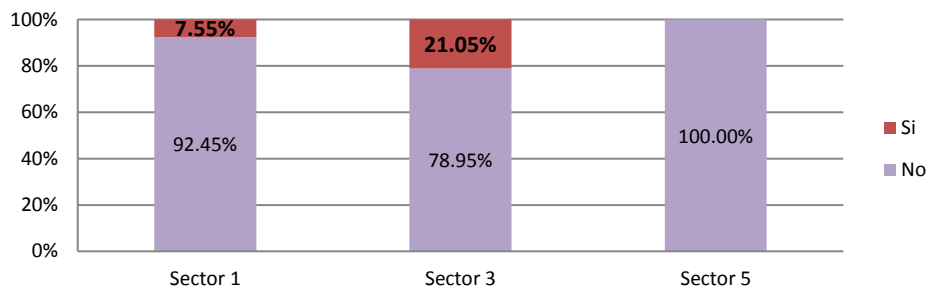
Variables	Sector 1	%	Sector 3	%	Sector 5	%
Contaminación del agua (n=99)						
Descargas líquidas domésticas	0	0,00%	1	1,01%	0	0,00%
Ninguna	53	53,54%	37	37,37%	8	8,08%
Contaminación del aire (n=99)						
Contaminación acústica	0	0,00%	4	4,04%	0	0,00%
Fuentes móviles	5	5,05%	2	2,02%	1	1,01%
Ninguna	48	48,48%	32	32,32%	7	7,07%
Contaminación del suelo (n=99)						
Aguas residuales	0	0,00%	2	2,02%	0	0,00%
Desechos no peligrosos	1	1,01%	0	0,00%	0	0,00%
Ninguna	52	52,53%	36	36,36%	8	8,08%

Fuente: Trabajo de campo, dispositivo móvil

Autor: Investigadores

Se identificó un mayor porcentaje de cocinas en el dormitorio en el sector 3.

Ilustración 70: Cocina en el dormitorio

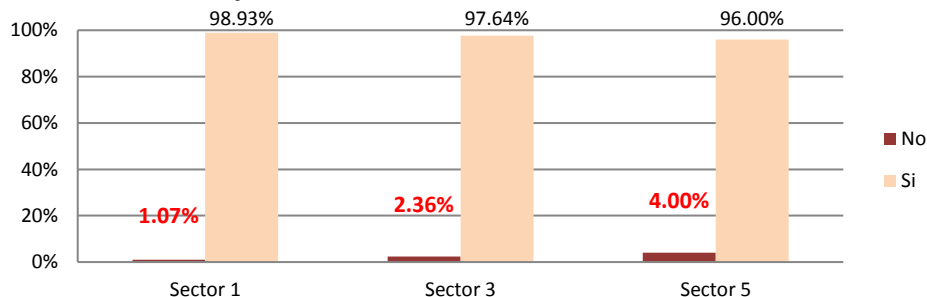


Fuente: Trabajo de campo, dispositivo móvil

Autor: Investigadores

Al realizar el análisis comparativo de porcentajes sobre analfabetismo, se observó un mayor porcentaje en el sector 5, sin embargo en frecuencias simples existe un mayor número en el sector 3 (3 personas), seguido del sector 1 (2 personas) y finalmente del sector 5 (1 persona).

Ilustración 71: Lee y escribe



Fuente: Trabajo de campo, dispositivo móvil

Autor: Investigadores

Para facilitar el análisis del analfabetismo, se desglosaron los datos en una tabla por edad y sector, se observó un sesgo pues en el sector 1 existe una persona de 5 años, lo cual es factible de intervención, de igual manera en el sector 3, de las personas dentro de esta variable, 2 son adultos mayores, probablemente en las 2 personas restantes hay que evaluar su condición y factibilidad para intervención, de ser el caso, se trata de una estrategia prioritaria.

Tabla 22: Lee y escribe, por edad y por sector

EDAD (años)	Sector 1	Sector 3	Sector 5
5	1		
38			1
59		1	
67	1		
70		1	
86		1	

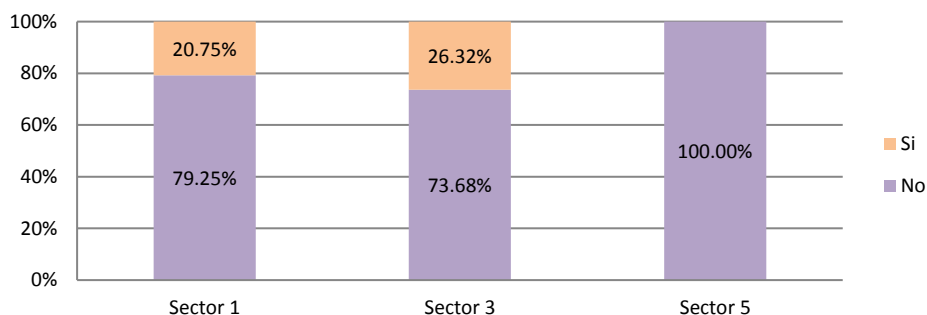
Fuente: Trabajo de campo, dispositivo móvil

Autor: Investigadores

9.2.2.2 Familiar

En cuanto a crisis no normativas, se identificó un mayor porcentaje en el sector 3 y ninguna en el sector 5, es curioso que las crisis normativas también tuvieran un mayor porcentaje en el sector 3. De todas maneras las crisis no normativas tuvieron mayor porcentaje que las normativas en los sectores 1 y 3.

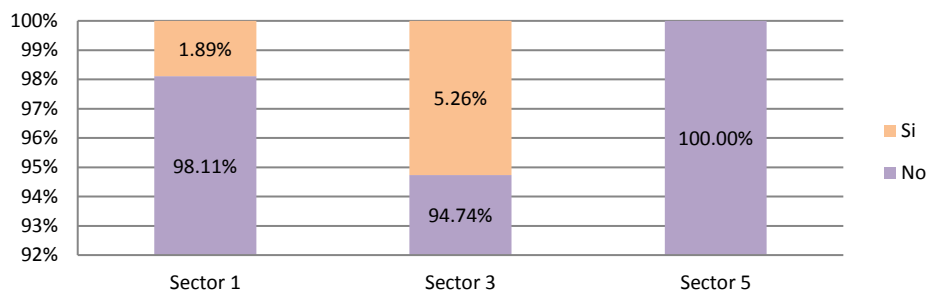
Ilustración 72: Crisis no normativas por sector



Fuente: Trabajo de campo, análisis familiar

Autor: Investigadores

Ilustración 73: Crisis normativas por sector



Fuente: Trabajo de campo, análisis familiar
Autor: Investigadores

En todos los sectores se apreciaron mas familias funcionales (>60%) según el APGAR familiar aplicado. El sector 5 tuvo comparativamente, en términos porcentuales, mayor cantidad de familias con disfunción severa.

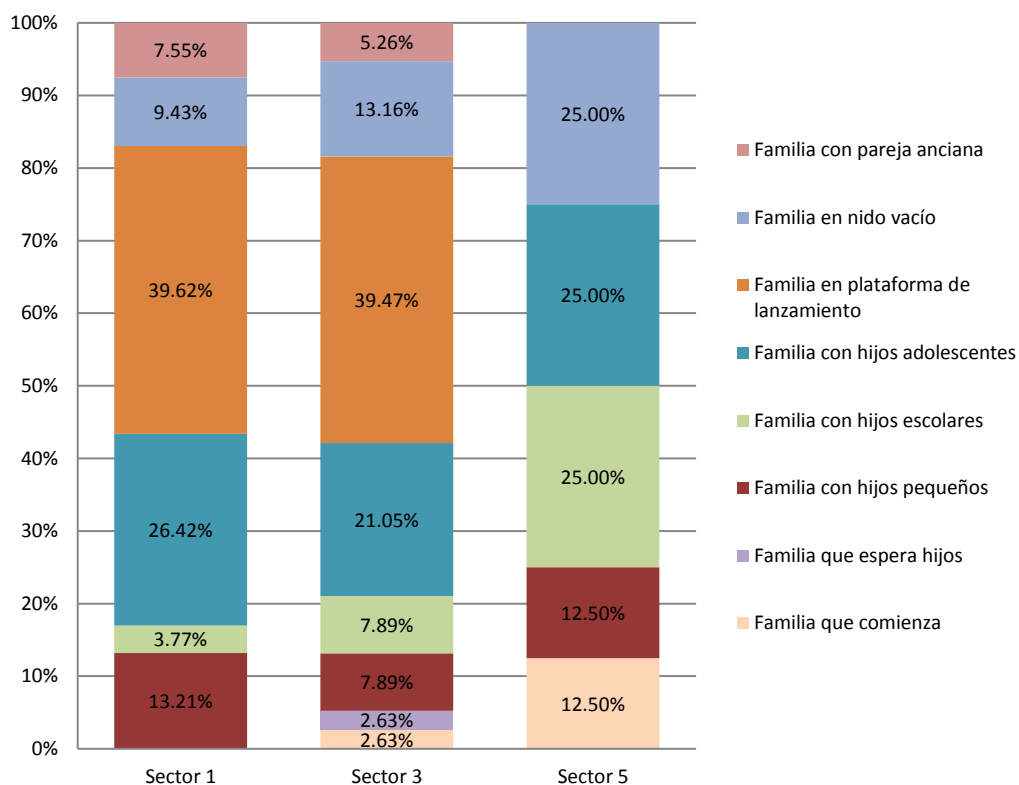
Ilustración 74: Funcionalidad



Fuente: Trabajo de campo, análisis familiar
Autor: Investigadores

En los sectores 1 y 3 la mayoría de familias se encontraron en el ciclo de familia de plataforma de lanzamiento, en el sector 5 tienen igual porcentaje la familia en nido vacío, con hijos adolescentes y con hijos escolares. No se observaron parejas ancianas ni en plataforma de lanzamiento ni las que esperan hijos en el sector 5.

Ilustración 75: Ciclo de familia

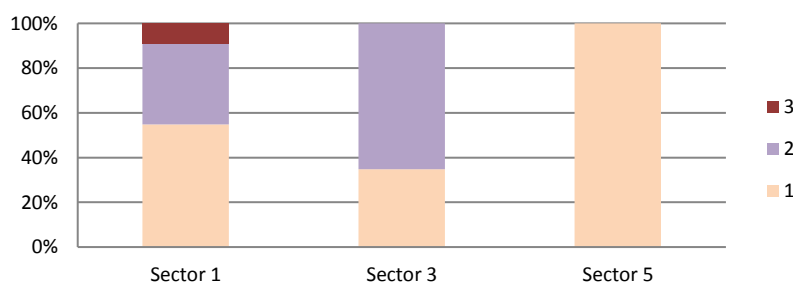


Fuente: Trabajo de campo, análisis familiar

Autor: Investigadores

El sector 3 fue el que tuvo mayor porcentaje comparativo de núcleos familiares, pero en el sector 1 fue en el único que se identificaron 3 núcleos familiares.

Ilustración 76: Núcleos familiares



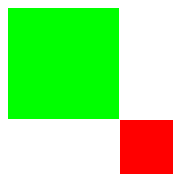
Fuente: Trabajo de campo, análisis familiar

Autor: Investigadores

En relación a los resultados de concordancia exacta entre el holón conyugal y el rol de esposos, su probabilidad es bastante baja, por lo cual es probable que existieron problemas conceptuales pues: el holón conyugal se refiere a las interrelaciones como esposos, el rol conyugal en cambio trata sobre entendimiento y aceptación mutua un trabajo juntos (Armas & Díaz, 2007).

Tabla 23: Comparación de resultados entre rol de esposos y holón conyugal

HOLÓN CONYUGAL	ROL DE ESPOSOS SI	ROL DE ESPOSOS NO	TOTAL
SI	72	0	72
NO	0	27	27
TOTAL	72	27	99



Fuente: Trabajo de campo, análisis familiar

Autor: Investigadores

9.2.2.3 Individual

Ya se analizaron a personas analfabetas, la mayor parte de la muestra se encuentra en la categoría adulto con instrucción superior seguida de adulto con instrucción secundaria.

Tabla 24: Instrucción por ciclo vital individual

	INFANCIA (0 - 10)	ADOLESCENCIA (11 - 19)	ADULTO (20 - 64)	ADULTO MAYOR (65 Y +)
Ninguna	0	0	2	2
Centro de alfabetización	0	0	1	0
Primaria	26	5	32	16
EGB	10	5	2	0
Secundaria	0	25	76	13
Bachillerato	0	8	12	1
Post bachillerato	0	0	4	0
Superior	0	4	81	9
Postgrado	0	0	2	3
No aplica	34	0	0	0

Fuente: Trabajo de campo, análisis familiar

Autor: Investigadores

La mayoría de personas en el sector 1 tienen instrucción superior, en el sector 3 y 5 secundaria.

Tabla 25: Instrucción por sector

INSTRUCCIÓN	Sector 1	Sector 3	Sector 5
Bachillerato	13	7	1
Centro de alfabetización	0	1	0
EGB	12	4	1
Ninguna	1	2	1
No aplica	14	14	6
Post bachillerato	4	0	0
Postgrado	4	1	0
Primaria	25	46	8
Secundaria	57	47	10
Superior	71	19	4

Fuente: Trabajo de campo, análisis familiar

Autor: Investigadores

En la edad de paternidad se aprecia 1 persona de 13 años, que en la base de datos corresponde al sector 3, sin embargo se recomienda cambiar la variable para mejorar el análisis con edad de primer hijo, lo que permitiría identificar paternidad en adolescentes para de esa manera establecer intervenciones costo efectivas. Además al revisar los datos en el familiograma, se llegó a la conclusión de que es un dato mal llenado.

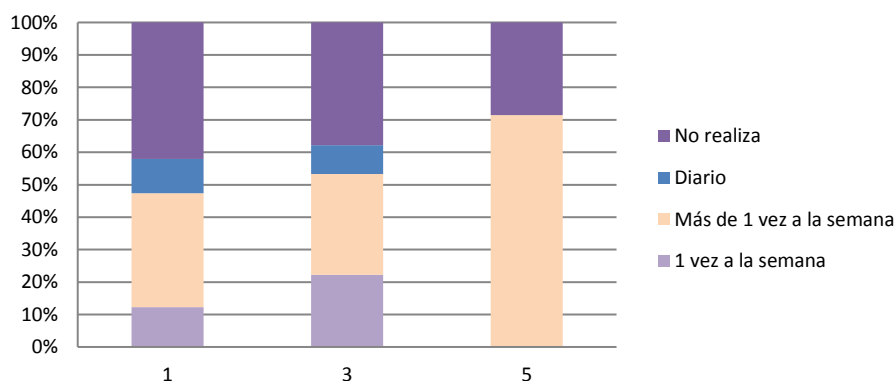
Tabla 26: Paternidad por grupo etáreo

EDAD	NO	SI
12-19 años	15	1
20-64 años	35	78
65 años o +	0	22

Fuente: Trabajo de campo, análisis familiar
Autor: Investigadores

El mayor porcentaje de la muestra del sector 1 y 3 no realizan ejercicio y en el sector 5 la mayoría lo realizan más de una vez por semana.

Ilustración 77: Actividad física



Fuente: Trabajo de campo, dispositivo móvil
Autor: Investigadores

La mayoría de las personas en los 3 sectores consumen verduras a diario, bebidas azucaradas procesadas y comida rápida 1 vez a la semana. El consumo de alimentos procesados 1 vez a la semana es mayor en los sectores 3 y 5, en el sector 1 la mayoría no lo consumen nunca.

Tabla 27: Consumo de alimentos

CONSUMO DE ALIMENTOS POR SECTOR		SECTOR		
		1	3	5
Consume frutas verduras	Nunca	2	1	0
	1 vez a la semana	8	13	3
	2 a 4 veces a la semana	23	22	3
	5 a 6 veces a la semana	5	1	0
	Diariamente	57	26	5
Consume bebidas azucaradas procesadas	Nunca	26	16	3
	1 vez a la semana	43	28	5
	2 a 4 veces a la semana	16	18	1
	5 a 6 veces a la semana	2	1	0
	Diariamente	8	0	2
Consume comida rápida	Nunca	34	24	4
	1 vez a la semana	53	33	7
	2 a 4 veces a la semana	7	6	0
	5 a 6 veces a la semana	0	0	0
	Diariamente	1	0	0
Consume alimentos procesados	Nunca	49	26	5
	1 vez a la semana	33	31	6
	2 a 4 veces a la semana	12	6	0
	5 a 6 veces a la semana	0	0	0
	Diariamente	1	0	0

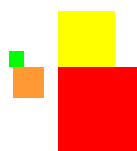
Fuente: Trabajo de campo, dispositivo móvil

Autor: Investigadores

La metodología para el estudio cualitativa, no se fundamenta en la estadística correlacional para fundamentar sus datos, pero los mismos podrían usarse para plantear nuevas hipótesis para estudios, en el caso de pacientes hipertensos y la adición de sal a la comida se observó:

Tabla 28: Adición de sal a la comida e hipertensión

ADICIÓN DE SAL	HTA	NO HTA	TOTAL
SI	2	80	82
NO	20	271	291
TOTAL	22	351	373



Fuente: Trabajo de campo, dispositivo móvil

Autor: Investigadores

El OR indica que no existe relación entre las variables pues su IC al 95% de confianza indica que atraviesa 1. En cuanto al RR que evalúa la incidencia en expuestos, paradójicamente hay mayor relación en no expuestos pues su resultado es menor a 1.

Ya que uno de los valores de la tabla de contingencia es menor a 5, no aplica la prueba de chi cuadrado, se usa la prueba estadística de Fisher, que es mayor a 0,05 (margen de error) por lo tanto se acepta la hipótesis nula: no hay relación entre la adición de sal con la HTA, de todas maneras no se puede olvidar que los datos se recolectaron

solo con preguntas dicotómicas, “sí” o “no”. (Pineda, 2008; “Prueba de Chi-cuadrado y prueba exacta de Fisher en Excel,” n.d.; Sampieri, Fernández-Collado, & Baptista, 2006).

Tabla 29: Pruebas de estadística analítica HTA y adición de sal

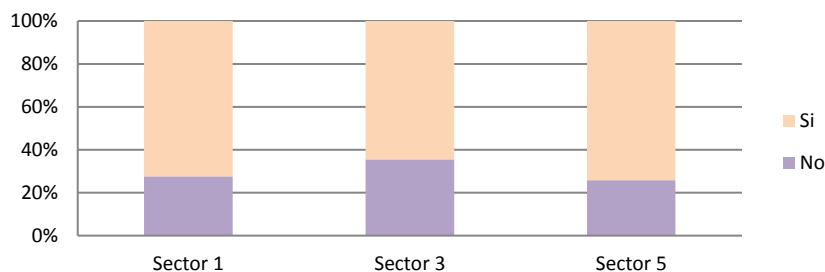
PARÁMETRO	VALOR	IC 95%	
Odds Ratio (productos cruzados)	0,3388	0,0775	1,4804
RR (Riesgo Relativo)	0,9546	0,9113	0,9998
Fisher exact	0,10		

Fuente: Trabajo de campo, dispositivo móvil

Autor: Investigadores

Menos del 40% de la muestra en los 3 sectores cuentan con su control odontológico.

Ilustración 78: Control odontológico



Fuente: Trabajo de campo, dispositivo móvil

Autor: Investigadores

9.2.3 Discusión

En los diferentes instrumentos (normas y manuales) desarrollados a nivel local desde la concepción del MAIS-FCI como política pública, si bien se aprecian dificultades importantes, también se observan elementos clave para operativizar al modelo de Atención en Salud en el Ecuador y replantear los mismos en base a experiencias locales, sin embargo en el Centro de Salud son limitadas las actividades que se realizan en base al modelo, persiste la gestión macro en base a históricos, lo cual probablemente no solo se limite al distrito, sino que también abarca a instancias superiores reguladoras.

Los aciertos de la gestión nacional y distrital también se evidenciaron y se describieron en las diferentes fases de implementación del MAIS-FCI, por cuanto no constituyó un impedimento sectorizar a la población, elemento clave para la ejecución de fases posteriores.

Ha sido complicado conseguir la participación comunitaria real, que no solo se limita a actividades puntuales como talleres, sino que se trata de quienes orientan procesos gobernantes para establecer estrategias y prioridades, sin embargo el estudio identificó actores clave aliados que pueden ejecutarlo, las personas adultas mayores que además cuentan con la sabiduría y la experiencia que en muchos casos no se ha tomado en cuenta.

Un conflicto clave identificado en el estudio es que se requiere la ejecución de todas las herramientas técnicas para evaluar recolección de datos, ejecución de programas, etc., como el PLOS propuesto, no solo dentro de las paredes de la unidad operativa, cada uno de los EAIS debería empoderarse de su o sus sectores asignados y dentro de ellos, de manera conjunta con los diferentes procesos administrativos evaluar coberturas, programas, estrategias. El trabajo extramural no es sencillo y requiere de la intervención de todo el personal de la unidad operativa como lo establece el MAIS-FCI.

La ventaja es que cuando se conocen actores claves y la comunidad ya percibe que la atención de salud ha llegado a su barrio, no solo en brigadas sino también en todo el paquete de prestaciones de la unidad operativa, en actividades permanentes, los procesos fluyen con facilidad e incluso se suman al trabajo en beneficio de su localidad.

Como se observó en el estudio, cada uno de los sectores tiene su particularidad y por ello requiere de diferentes estrategias, para ello es indispensable la participación de los procesos de estadística y epidemiología para consolidar y analizar los datos pues esa es su función, de nada serviría exigir al personal que interviene en terreno, que procese datos pues la estrategia del MAIS-FCI se diluiría por falta de acciones conjuntas. Por lo tanto el informe de modalidades de atención intramural, así como extramural en sus 3 escenarios individual, familiar y comunitario no debería ser tarea de los EAIS, pero si es importante que los conozcan para guiar sus actividades.

Todo esto además conlleva a que el personal que dirige la unidad y el Distrito, participe activamente para proponer mejoras y apoyo de los diferentes procesos, pues esa es su función. Eso no solo beneficia a la población sino que además fortalece la imagen de quienes llevan a cabo dichas actividades, por otro lado es difícil gestionar algo que no se conoce.

Los datos también proporcionan líneas de base para establecer el progreso o retroceso con el tiempo, permiten evaluar estrategias nacionales e internacionales como se planteó en el estudio (PNBV, ODM). También existen datos no registrados que permiten conocer la percepción de la población, como el call center que dificulta el acceso a la atención en salud pues agenda citas aproximadamente un mes después de lo requerido, cuando ya muchos problemas se han solucionado e invisibiliza la demanda rechazada, es decir aquellas personas que requieren atención pero no la consiguen y ello a su vez limita la gestión para implementar estrategias que aplaquen el problema, tomando en cuenta que en el Ecuador la atención en salud es un derecho.

El problema conceptual identificado sobre el MAIS-FCI, no solo requiere estudio teórico y evaluaciones de escritorio, pues no provocaría dificultades en la operacionalización si las personas que dirigen las actividades contarían con él.

Un inconveniente estructural difícil de intervenir es el número de profesionales para la ejecución de la estrategia pues la unidad de salud evidenció un déficit importante ya que sus EAIS teóricos solo cubrirían al 43,55% de la población asignada. Ello se suma a que el número de 4.000 personas establecido para cada EAIS es demasiado alto para conseguir los objetivos estipulados. Hay que tomar en cuenta que desde su concepción el MAIS-FCI toma como estrategia la APSr y especifica que no es barata, lo cual facilita el requerimiento de recursos para la operativización a instancias superiores.

El médico familiar es un pilar fundamental para el modelo pues, no solo mejora la capacidad resolutoria de las unidades en el aspecto biológico, sino que, facilita el análisis familiar, sin embargo el estudio mostró la limitación de los mismos para intervenciones en familias disfuncionales pues se requiere una sub especialización en consejería familiar para cumplir a cabalidad con el propósito pues, de nada sirve identificar problemas si es que no se puede intervenir. Para un mayor impacto en los procesos gobernantes en diferentes niveles jerárquicos, sería interesante la participación de un médico familiar para orientar las estrategias.

El plan local, así como el plan de atención familiar, el seguimiento y monitoreo de las familias requieren de un espacio en la actividad extramural para ejecutarlo de la mejor manera, con énfasis en los grupos prioritarios establecidos en la Constitución del Ecuador.

Algunos temas como: contaminación y riesgos requieren de mayores especificaciones técnicas para pasar de lo subjetivo a lo objetivo y fortalecer estrategias interinstitucionales orientadas a su mejora. Otro indicador que debe afinarse es el de convivencia con animales pues no necesariamente es un riesgo si se lo hace de una manera adecuada. Existieron variables que no tuvieron utilidad real, como el material de techo, piso y pared, así como su estado.

La herramienta creada para análisis familiar arrojó datos que no se encuentran en la literatura internacional y por ello fue difícil establecer si los inconvenientes se encuentran o no dentro de una proporción aceptable, sin embargo aquellos datos duplicados deberían omitirse para facilitar la evaluación, por otra parte, muchos datos requieren de mayor conocimiento teórico previo a las intervenciones y también otros requieren de mayor intimidad para identificar problemas.

En cuanto a datos interesantes, la mayoría de la población de estudio no cuenta con trabajo estable y de los que trabajan la mayoría lo hacen por cuenta propia o para instituciones privadas, como dato positivo se identificó que la mayoría estudian y el analfabetismo es bastante limitado, hay inconvenientes con la actividad física. También hay problemas con la lactancia y se puede intervenir, se identificaron problemas de niños con desnutrición, sin embargo no se lo realizó de manera inmediata por que el dispositivo móvil no lo permitió. Otro inconveniente factible de intervención fue el de soberanía alimentaria. Finalmente se apreció en la muestra que hay muchas personas que no realizan su control odontológico.

10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

10.1 Conclusiones

- El MAIS-FCI más que un documento de conceptos, es una guía para definir y priorizar actividades.
- Los diferentes sectores del Distrito cuentan con sus particularidades.
- Los niveles jerárquicos superiores cuentan con elementos para facilitar la operativización del MAIS-FCI.
- No se evidenció el rol de instancias superiores en el monitoreo de ejecución del MAIS-FCI.
- La participación comunitaria cuenta con aliados clave, las personas adultas mayores, con sabiduría y experiencia.
- Las herramientas de evaluación estadística y epidemiológica se utilizan para datos intramurales y consolidados, no se los aplica en cada uno de los sectores similar a instrumentos para la evaluación de ejecución de los diferentes programas.
- El MAIS-FCI es una estrategia transversal que requiere del apoyo de los diferentes procesos de la unidad operativa de salud, no es un trabajo exclusivo de los EAIS.
- La planificación de intervenciones no toma en cuenta a los diferentes procesos de la unidad operativa.
- Los datos de la ficha familiar permiten construir líneas de base para evaluar la ejecución de estrategias nacionales e internacionales.
- El call center dificulta el acceso a los servicios de salud e invisibiliza la demanda rechazada lo que dificulta su gestión.
- No existen suficientes profesionales en la unidad operativa para la operativización del MAIS-FCI.
- La asignación poblacional de 4.000 personas por EAIS supera lo requerido para cumplir con los objetivos de la estrategia.
- El médico familiar es importante para la operativización del MAIS-FCI, sin embargo requiere la subespecialidad de consejería familiar para solventar el problema de familias disfuncionales.
- La ficha familiar cuenta con variables subjetivas que requieren ser objetivas.
- Los datos duplicados causaron confusión, de igual manera conceptos como holónes y roles en las familias.

- Algunas variables para evaluación familiar arrojaron datos bastante positivos sobre funcionalidad, probablemente por limitación de tiempo o confianza no se obtuvieron datos reales.
- El análisis de la información consolidada evidencia problemas indirectos relacionados con la salud (determinantes), como empleo, educación, ejercicio, soberanía alimentaria.
- Los consolidados permiten evidenciar las deficiencias en aspectos biológicos de la unidad operativa de salud con su población de responsabilidad.
- La falta de operativización del MAIS-FCI no se debe a problemas conceptuales, sino a falta de aplicación de las estrategias, las cuales cuentan con factibilidad, sumado al problema estructural de la falta de personal para la ejecución y la asignación poblacional desproporcionada a los EAIS.

10.2 Recomendaciones

- La operativización del MAIS-FCI requiere del conocimiento, intervención y apoyo de quienes dirigen las unidades de salud.
- Al tomar en cuenta las particularidades de los sectores geopoblacionales, se facilitan intervenciones posteriores.
- Para operativizar el MAIS-FCI es necesario apoyarse en niveles jerárquicos superiores.
- Las instancias administrativas encargadas del monitoreo de ejecución del MAIS-FCI requieren fortalecer sus estrategias.
- Se podría incluir adultos mayores en actividades de participación comunitaria.
- Las herramientas de evaluación estadística y epidemiológica deberían utilizarse en cada uno de los sectores, de igual manera, la evaluación de ejecución de los diferentes programas, para facilitar la caracterización de particularidades locales.
- Los informes y consolidados de las actividades extramurales no deberían ser realizados por los EAIS, sino por otros procesos.
- La planificación de intervenciones requiere de la discusión entre los diferentes procesos de la unidad operativa.
- Se deberían monitorear periódicamente y por sector los indicadores del PNBV y ODM, que en caso de faltar en la ficha familiar podrían completarse con herramientas adicionales.

- Es necesario evaluar con niveles jerárquicos la utilidad del call center para la gestión de los turnos.
- Se debe contratar el número necesario de profesionales para conformar los EAIS requeridos para cubrir la población asignada.
- Podría sugerirse a las autoridades de Planta Central del MSP replantear la asignación poblacional por EAIS, de inicio a 1.500 y valorarlo en terreno.
- Es necesaria la presencia de un médico familiar con subespecialidad en consejería familiar para solventar los problemas de familias disfuncionales.
- Es importante ajustar la ficha familiar disminuyendo el número de variables subjetivas.
- Los datos recolectados deben evitar ser duplicados, así como una inducción conceptual previa para temas específicos, que no tome mucho tiempo pues el personal tiene alta rotación de actividades.
- Algunas variables para evaluación familiar deberían realizarse en un segundo momento cuando exista mayor confianza y privacidad para evitar información incorrecta.
- Sería favorable para la población que se recolecten datos de personas sin trabajo, limitación en instrucción académica para gestionar propuestas, de igual manera en los lugares donde se identificaron problemas por sedentarismo y malos hábitos alimentarios, es necesario coordinar intervenciones de manera conjunta con el proceso de promoción de la salud.
- Es factible generar perfiles de morbilidad por sector para orientar intervenciones dirigidas a prevenir o retrasar el inicio de enfermedades.
- La operativización del MAIS-FCI requiere la aplicación de sus estrategias, las cuales cuentan con factibilidad, además de personal para su ejecución y la asignación poblacional racionalizada a los EAIS.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilar, M. (2004). Las tres generaciones de los derechos humanos. Manual de Capacitación Derechos Humanos. Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Puebla. Mexico. Retrieved from <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/derhum/cont/30/pr/pr20.pdf>
2. APGAR familiar. (n.d.). Retrieved from http://respiratorio.minsal.cl/PDF/AVNI/APGAR_FAMILIAR.pdf
3. Armas, N., & Díaz, L. (2007). Entre voces y silencios: Las familias por dentro. Quito.
4. Arnold, M., & Osorio, F. (1998). Introducción a los Conceptos Básicos de la Teoría General de Sistemas. *Cinta de Moebio No.3. Abril de 1998. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile*, (3), 1–11. Retrieved from http://asignaturas.inf.udec.cl/tgs/public_html/docs/moebio.pdf
5. Asamblea Constituyente. Constitución del Ecuador (2008). Ecuador: Asamblea Constituyente. Retrieved from <http://www.ecuadorlegalonline.com/biblioteca/constitucion-ecuador-2008/>
6. Asamblea General de las Naciones Unidas. (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Retrieved from <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>
7. Asamblea Nacional del Ecuador. Ley Orgánica de Discapacidades (2012). Retrieved from http://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/02/ley_organica_discapacidades.pdf
8. Asamblea Nacional Republica del Ecuador. Constitución del Ecuador, 2008 (2008). Quito, Ecuador. Retrieved from biblioteca.espe.edu.ec/upload/2008.pdf?
9. Chávez, A. (2006). *Lanzamiento de colecciones de moda casual inspirados en el Pueblo Kayambi*. Quito. Retrieved from http://repositorio.ute.edu.ec/bitstream/123456789/5129/1/27869_1.pdf
10. Congreso Nacional. Ley de seguridad social de las Fuerzas Armadas (1992). Ecuador. Retrieved from http://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/ene15_Ley-del-Instituto-de-Seguridad-Social-de-Fuerzas-Armadas.pdf
11. Congreso Nacional. Ley de derechos y amparo al paciente (1995). Ecuador. doi:10.1017/CBO9781107415324.004
12. Congreso Nacional. Ley Orgánica de la Policía Nacional (1998). Registro Oficial No. 368. doi:10.1017/CBO9781107415324.004
13. Congreso Nacional. LEY ORGÁNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (2002). Ecuador. Retrieved from issuu.com/femavifundacion/docs/leyorganicadelsistemanacionaldesalu
14. Congreso Nacional. Ley de seguridad social (2014). Ecuador. Retrieved from <https://www.iess.gob.ec/documents/10162/2220562/Ley+de+Seguridad+Socia>
15. Estadística Distrito 17D03. (2016). Población asignada 2016. Quito.
16. *Evaluación del funcionamiento familiar según instrumento FF-SIL*. (n.d.). Retrieved from <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v30n1/an0204114.pdf>
17. Falconí, F. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (2012). Retrieved from <http://www.planificacion.gob.ec/wp->

- content/uploads/downloads/2013/05/REGISTRO-OFICIAL_DISTRITOS-Y-CIRCUITOS.pdf
18. Freire, M. (2006). Planificación urbana: desafíos en los países en vías de desarrollo. In *Pobres en ciudades pobres. Vivienda, transporte y planificación urbana* (p. 314). Madrid: Congreso internacional sobre desarrollo humano, Madrid. 2006. Retrieved from http://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/CooperacionEmigracion/Cooperacion/EspecialesInformativos/ProgramaCoopDesarrollo/RedUniversitaria/Ficheros/LIBRO_Pobres.pdf
 19. Giovanella, L., Almeida, P. F. De, Vega Romero, R., Oliveira, S., Tejerina Silva, H., Giovanella, L., ... Tejerina Silva, H. (2015). Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. *Saúde Em Debate*, 39(105), 300–322. doi:10.1590/0103-110420151050002002
 20. Grodos, D., & Mercenier, P. (2000). *Health systems research: a clearer methodology for more effective action*. (V. D. B. W. Van Lerberghe, G. Kegels, Ed.). Antwerp: ITGPRESS.
 21. Helsinki, U. of. (n.d.). The Activity System. *Center for Activity Theory and Developmental Work Research*. Retrieved October 10, 2013, from <http://www.edu.helsinki.fi/activity/pages/chatanddwr/activitysystem/>
 22. INEC. (n.d.-a). Códigos provinciales, cantonales y parroquiales del Ecuador. Retrieved December 19, 2016, from <http://web.educacion.gob.ec/CNIE/pdf/Anexo con Codificacion.pdf>
 23. INEC. (n.d.-b). *Estudios Demográficos en Profundidad Análisis y Proyección de la Población Económicamente Activa (Pea)*. Retrieved from [file:///C:/Users/User/Desktop/TESIS/Bibliografía/Análisis y Proyección de la Población Económicamente Activa \(PEA\) del Ecuador.pdf](file:///C:/Users/User/Desktop/TESIS/Bibliografía/Análisis y Proyección de la Población Económicamente Activa (PEA) del Ecuador.pdf)
 24. INEC. (2010a). Estadísticas de Nacimientos y Defunciones 2011. 2011. Retrieved from http://www.inec.gob.ec/estadisticas/?option=com_content&view=article&id=75&Itemid=46&TB_iframe=true&height=640&width=1164
 25. INEC. (2010b). *Proyecciones referenciales de población cantonal según años en grupos de edades*. Quito. Retrieved from <http://sni.gob.ec/proyecciones-y-estudios-demograficos>
 26. INEC. (2015). Estadísticas de Nacimientos y Defunciones – 2014. Retrieved November 16, 2015, from <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacimientos-defunciones/>
 27. Médicos Familiares.com. (n.d.). Retrieved January 11, 2016, from <http://www.medicosfamiliares.com/familia/ciclo-vital-de-la-familia.html>
 28. Mercenier, P. (1997). Bases de Organización de los Servicios de Salud.
 29. Ministerio de Salud. (2012). Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Dirigido a equipos de salud. *Minsal*, 1–143. Retrieved from <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
 30. Ministerio de Salud Pública. Estatuto orgánico sustitutivo de gestión organizacional por procesos del Ministerio de Salud Pública (Borrador) (2013). Ecuador.

31. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, & Ministerio Coordinador de Desarrollo Social del Ecuador. (2015). *Manual de Procedimientos para la aplicación de la Ficha Familiar*. Quito.
32. MSP. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS (2012). Ecuador. Retrieved from http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf
33. MSP. Tipología para homologar los establecimientos de salud por niveles de atención del sistema nacional de salud (2012). Ecuador. Retrieved from https://aplicaciones.msp.gob.ec/upload/upload/1_00001203_2012_ac_00001203_2012.pdf
34. MSP. Lineamientos para la organización de los establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública en Zonas y Distritos (2013). Ecuador. Retrieved from <http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/acuerdoSM/4521.pdf>
35. MSP, & Gobernanza, S. N. de. (2013a). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS*. (MSP, Ed.). Quito: MSP. Retrieved from http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/Ministerio/sub_gobernanza_salud/manual_mais_2013.pdf
36. MSP, S. N. de G. (2014). *Lineamientos Operativos para la Implementación del MAIS y RPIS* (No. 5169). Quito. Retrieved from <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2012/10/Modelo-de-Atencio%CC%81n-Integral-de-Saludu-MAIS.pdf>
37. MSP, S. N. de G., & Gobernanza. (2013b). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS*. (MSP, Ed.). Quito: MSP. Retrieved from http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/Ministerio/sub_gobernanza_salud/manual_mais_2013.pdf
38. Muñoz, M. (2008). Interpretación y comentario de una pirámide de población. *Geografía. Bachillerato*, (2008), 302–303. Retrieved from <http://dondeycuando.wikispaces.com/file/view/Interpretación+Pirámide+de+población.pdf>
39. Netquest. (2016). Calculadoras estadísticas. Retrieved February 2, 2016, from <http://www.netquest.com/es/panel/calculadora-muestras/calculadoras-estadisticas.html>
40. Núñez, S. (2007). *Derechos Humanos. Diccionario de Relaciones Interculturales Diversidad y Globalización* (Vol. 15). Mexico. Retrieved from <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=82317684007>
41. OMS. (2013). Derecho a la salud. *Centro de prensa*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>
42. ONU. (2015). *Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Ginebra. Retrieved from <http://www.un.org/es/millenniumgoals/>
43. OPS. (2008). La atención primaria en salud más necesaria que nunca.
44. OPS. (2011). Módulo de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades (MOPECE), Unidad 1: Presentación y Marco Conceptual. (OPS, Ed.) (Segunda.). Washington D.C.
45. OPS/OMS. (2008). *Perfil de los sistemas de salud. Biblioteca OPS* (Vol. 3). doi:978-92-75-13206-7 SPA

46. Ortiz, M., Jiménez, J., & Gafas, C. (n.d.). Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en Ecuador. Docentes cubanos participando en su diseño y ejecución, 10. Retrieved from <http://edumedhabana2013.sld.cu/index.php/edumedhabana/2013/paper/download/282/51>
47. Pineda, E. (2008). *Metodología de la Investigación*. (OPS, Ed.) (Tercera.). Washington: OPS.
48. Población Económicamente Activa (PEA). (2007). Retrieved from <http://www.icesi.edu.co/cienfi/images/stories/pdf/glosario/deflactor-pib.pdf>
49. PROMODE GIZ. (2013). Prestación de servicios publicos desconcentrados del Ministerio de Salud Pública. Quito.
50. Prueba de Chi-cuadrado y prueba exacta de Fisher en Excel. (n.d.). Retrieved January 15, 2017, from https://help.xlstat.com/customer/es/portal/articles/2062459-prueba-de-chi-cuadrado-y-prueba-exacta-de-fisher-en-excel?b_id=9283
51. Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación* (Cuarta.). México, D.F.: Mc Graw Hill Interamericana.
52. SENPLADES. Plan Nacional Buen Vivir 2013-2017 (2013). Ecuador. Retrieved from <http://documentos.senplades.gob.ec/Plan Nacional Buen Vivir 2013-2017.pdf>
53. Subsecretaría Nacional de Gobernanza (Ministerio de Salud Pública del Ecuador). (2013). *Lineamientos Operativos para la Implementación del MAIS y RPIS* (No. 5169) (Vol. 1). Quito. Retrieved from <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2012/10/Modelo-de-Atencio%CC%81n-Integral-de-Saludu-MAIS.pdf>
54. Talento Humano, M. C. (2016). Distributivo posicional a noviembre de 2016. Quito.
55. Tapella, E. (2007). *El mapeo de actores claves*. Córdoba. Retrieved from <http://planificacionsocialunjsj.files.wordpress.com/2011/09/quc3a9-es-el-mapeo-de-actores-tapella1.pdf>
56. Tejada, D. (2013). Lo que es la atención primaria de la salud: algunas consideraciones a casi 35 años de Alma Ata. *Rev Peru Med Exp Salud Publica LO*, 30(2), 283–287. Retrieved from <http://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/v30n2/a20v30n2.pdf>
57. Tobar, F. (n.d.). Breve historia de la prestación del servicio de salud en la Argentina. Retrieved from <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/regionsanitaria6/files/2012/05/MedicinaSanitaria12.pdf>
58. UNESCO. Declaración Universal De Derechos Humanos (2008). Chile. Retrieved from <http://unesdoc.unesco.org/images/0017/001790/179018m.pdf>
59. Universidad Politécnica Salesiana. (n.d.). Sistema económico social y solidario, disputa y construcción. Retrieved from <http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/551/2/Capitulo 1.pdf>
60. Van Heusden, G. W. (n.d.). Estructurar un reporte de investigación: El caso de la Investigación - Acción. Quito: PUCE.
61. World Health Organization. (2001). Sistemas de seguros de salud y acceso a medicamentos - Estudios de casos de Argentina, Colombia, Costa Rica, Chile, Estados Unidos de América y Guatemala. Retrieved from <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jh2958s/2.html>

12. ANEXOS

Anexo 1: Matriz para ajuste de problemas

PROBLEMAS QUE CONTIENEN A OTROS	Desconocimiento del equipo de salud sobre el MAIS-FCI	No existe suficiente personal para ejecutar los lineamientos del MAIS	Call center dificulta acceso por cuanto no se respetan horarios, ejemplo adulto mayor requiere 20 minutos para atención pero se lo agenda en 15 minutos	No todos los comités locales de salud cuentan con participación de líderes comunitarios	No hay plan de actividades para participación de líderes comunitarios	Existen Técnicos en Atención Primaria pero se encuentran en período de formación, por lo cual su participación es limitada	Total	OBSERVACIONES
Desconocimiento del equipo de salud sobre el MAIS-FCI	-			x	x	x	3	
No existe suficiente personal para ejecutar los lineamientos del MAIS	x	-	x			x	3	
Call center dificulta acceso por cuanto no se respetan horarios, ejemplo adulto mayor requiere 20 minutos para atención pero se lo agenda en 15 minutos		x	-				1	Nutrición debe intervenir en club de hipertensos
No todos los comités locales de salud cuentan con participación de líderes comunitarios				-	x		1	
No hay plan de actividades para participación de líderes comunitarios	x			x	-		2	Se requiere listado de controles
Existen Técnicos en Atención Primaria pero se encuentran en período de formación, por lo cual su participación es limitada				x	x	-	2	Tampoco se llevan datos de evaluación de efectividad de tratamiento

Fuente: Trabajo de campo

Elaboración: Equipo de trabajo

Anexo 2: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO A HABITANTES DEL BARRIO PONCIANO ALTO DE QUITO

Investigadores principales

Dra. Gabriela Meza

Dr. Edison Jaramillo

Postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE).

Este formulario de consentimiento informado se dirige a las personas que viven en el barrio Ponciano Alto y que se les invita a participar en la investigación de la operativización del Modelo de Atención Integral de Salud en el Centro de Salud Cotocollao, Provincia de Pichincha, Quito, Año 2016.

PARTE I: Información

Introducción

Nosotros, Gabriela Meza y Edison Jaramillo, estudiantes de la PUCE, invitamos a participar en el proyecto de intervención para operativizar el Modelo de Atención Integral de Salud propuesto por el Ministerio. El estudio incluye la realización de la ficha familiar e instrumentos de evaluación familiar. No tiene que decidir hoy si participar o no en esta investigación. Antes de decidirse, puede hablar con quién usted se sienta cómodo sobre la investigación. Si es que no entiende algo por favor avísenos para darnos tiempo a explicarle. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntarme a mí o a miembros del equipo.

Organización

Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Propósito

Que se aplique el modelo de atención en salud del Ministerio en el barrio Ponciano Alto, para clasificar a personas que requieran atención en salud y hacerlo de la mejor manera posible.

Selección de participantes

Estamos invitando a todos los habitantes del barrio Ponciano Alto para participar en la investigación sobre el Modelo de Atención en Salud pues corresponde a un lugar representativo del sector.

Participación Voluntaria

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios que reciba del Ministerio de Salud y nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

Descripción del Proceso

Se visitará a algunas familias del barrio Ponciano Alto y se les realizará una ficha familiar y se evaluará a las familias, se realizarán preguntas según lo que pide la ficha y también se intentará ayudar a resolver problemas de salud de la población con más problemas.

En un segundo momento se dialogará con la directiva del barrio para presentar los resultados y buscar soluciones.

Finalmente se elaborará un plan para que el centro de salud de Cotocollao trabaje con la comunidad.

Duración:

El estudio se realizará desde junio hasta septiembre y según lo que se avance se realizarán fichas familiares, se las analizará, se dialogará con la directiva y se creará un plan para trabajo con la comunidad.

Riesgos:

Que las personas esperen que se solucionen sus problemas y no se lo pueda realizar.

Molestias:

Que las personas del equipo interrumpan a la comunidad en horario de almuerzo o mientras realiza alguna actividad de importancia.

Costos, incentivos y beneficios:

Su participación en este estudio no tiene ningún costo y no recibirá ningún incentivo económico por participar en el mismo. El beneficio que Usted recibirá por su participación será evitar colas para conseguir atención en salud.

Confidencialidad:

La información que usted nos proporcione y que se recogerá durante la investigación, solamente la revisarán los investigadores. Los resultados serán procesados para identificar resultados generales, los cuales si serán publicados.

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar cualquiera de las siguientes personas:

Gabriela Meza, 0985520892, pgmb81@gmail.com

Edison Jaramillo, 0958883435, edisoncentro8@gmail.com

Si tiene dudas sobre asuntos éticos en relación a esta investigación, puede ponerse en contacto con el Comité de Bioética de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, que ha aprobado esta investigación.

PARTE II: Formulario de Consentimiento

FIRMA DEL CONSENTIMIENTO

He sido invitado a participar en esta investigación y me han informado todo lo referente a la misma.

Conozco el número de teléfono y el correo electrónico de las personas que me puede informar sobre las preguntas o inquietudes que pueda tener sobre la investigación.

Si ____ No ____ Quisiera ser informado de los resultados de este estudio.

Firmo, Acepto libre y voluntariamente participar en esta investigación.

Firma (o huella dactilar): _____ Fecha _____

Número del teléfono celular: _____ Casa: _____

Número de identificación: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma: _____

Datos del Participante

Nombre y apellidos: _____ Firma: _____

Anexo 3: Análisis familiar

ANALISIS FAMILIAR

DISTRITO	17D03	ZONA CENSAL	SECTOR CENSAL	N° MZ	N° EDIFICIO	N° VIVIENDA	N° CERTIFICADO FICHA FAMILIAR
----------	-------	-------------	---------------	-------	-------------	-------------	-------------------------------

FAMILIA: _____ FECHA: _____ EAIS – EU: _____

INTEGRANTES DEL SISTEMA:

NOMBRE	CC	OCUPACION	NOMBRE	CC	OCUPACION

PROPIEDADES DEL SISTEMA

EQUIFINALIDAD	LIMITE	REPRODUCTORA
HOMEOSTASIS	ENTROPIA	PROTECTORA
RETROALIMENTACION	TOTALIDAD	AFECTIVA
ADAPTACION	SOCIALIZADORA	

SUBSISTEMAS:

Holón Conyugal: _____ ROLES: Rol de Esposos: _____

Holón Parental: _____ Rol parental: _____

Holón Fraterno: _____ Rol de hermanos: _____

Holón Individual: _____ LÍMITES: Semipermeables: ____ Rígidos: ____ Difusos: ____

Alianzas / Coaliciones: _____

NORMAS: _____

TIPOLOGIA DE LAS FAMILIAS

1.- FAMILIA EXTENSA	FAMILIA NUCLEAR		
2.- PERSONAS SIN FAMILIA	Por la cercanía de otros parientes	Por la presencia de los padres	
3.- EQUIVALENTES FAMILIARES	Familia con parientes próximos	Familia sin parientes próximos	Familia con padres ausentes
4.- FAMILIA CORPORATIVA	Por los núcleos de hijos	Familia monoparental	
5.- FAMILIA AMPLIADA	Pareja sola	Familia binuclear	Familia biparental
6.- FAMILIA NUCLEAR	Familia mononuclear	Familia trinuclear	

CARACTERIZACIÓN GENERAL DE LAS FAMILIAS

POR LA ZONA DONDE RESIDE	urbana	Urbano-marginal	Rural	
POR LA INTEGRACIÓN	integrada	Semi-integrada	Desintegrada	
POR LA OCUPACIÓN O PROFESIÓN	obrero	campesino	profesional	Otra
POR SU DESARROLLO	moderna	tradicional	Otra	
POR SU FUNCIONALIDAD	funcional	disfuncional		

REDES DE APOYO: _____

COMUNICACIÓN: _____

CICLO VITAL DE LA FAMILIA

FAMILIA EN FORMACIÓN	FAMILIA QUE COMIENZA
Pareja que aún no tiene hijos	FAMILIA QUE ESPERA HIJOS
FAMILIA EN EXPANSIÓN	FAMILIA CON HIJOS PEQUEÑOS
	FAMILIA CON HIJOS ESCOLARES
	FAMILIA CON HIJOS ADOLESCENTES
FAMILIA EN DISPERSIÓN/CONTRACCIÓN	FAMILIA EN PLATAFORMA DE LANZAMIENTO
Partida del primer hijos hasta el último	
FAMILIA EN CONTRACCIÓN /DISOLUCIÓN	FAMILIA EN NIDO VACIO
Pareja queda sola, o muerte de un cónyuge	FAMILIA CON PAREJA ANCIANA

FAMILIOGRAMA


APGAR FAMILIAR

FUNCIÓN		SIEMPRE (4)	CASI SIEMPRE (3)	ALGUNAS VECES (2)	CASI NUNCA (1)	NUNCA (0)
APOYO	1. ¿Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad?					
PARTICIPACION	2. ¿Me satisface la forma en que mi familia comparte conmigo los asuntos de interés familiar buscando juntos las soluciones de los problemas?					
CRECIMIENTO	3. ¿Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de iniciar nuevos planes o actividades?					
AFECTO	4. ¿Me satisface la forma como mi familia me demuestra cariño y entiende mis emociones como tristeza, amor o rabia?					
RECREACION	5. ¿Me satisface como compartimos en mi familia?: a) el tiempo para estar juntos b) los espacios de la casa c) el dinero					

Nºmiembros__Promedio__Resultado:FUNCIONAL: __LEVE__MODERADA__SEVERA__FFSIL:SI__NO__

ECOMAPA

RIESGO AMBIENTAL



Considerar: Educación (escuela, colegio), Religión (iglesia), amigo/as, Recreación (deporte, música, arte), Familia extendida, Medios de comunicación, Salud, Trabajo, recursos económicos, Grupos comunitarios (liga barrial, comités, asociaciones)

CRISIS FAMILIARES

- Normativas:

- No normativas:

CICLO VITAL DE LA PAREJA

Tipo de pareja: simétrica _____ complementaria _____

ETAPA	CARACTERISTICAS	OBSERVACIONES
Romántica o luna de miel "Palpo la felicidad a la vuelta de la esquina"	Idealización de cónyuge y exageración de virtudes, excesivas promesas	
Vuelta a la realidad "Temo que la felicidad se me escape"	Equilibrio en la nueva vida, negociar tareas internas, límites externos, proyecto común, ver defectos	
Lucha por el poder "Si él o ella cambiase todo saldría mejor"	Alguien deja de cumplir roles, reclamos, peleas, se culpabiliza al otro	
Crecer como pareja o romper la relación	Separación en lo emotivo, sexual, 2 crisis: renegociar la relación y continuar o la separación definitiva	
Toma de responsabilidades "Estoy aprendiendo amar de forma más madura"	Nuevo compromiso de vivir en pareja, respeto y apoyo mutuo, nuevos acuerdos	
Estabilidad "ahora si.... me caso contigo"	Intensifica la intimidad, vive feliz sus nuevos compromisos	
Generatividad "No estoy viviendo en vano"	La pareja ha crecido, se siente llena, hacen tareas para los demás, comunidad	

CICLO VITAL INDIVIDUAL Y ETAPA DEL DESARROLLO INDIVIDUAL (ERIKSON)

EDAD CRONOLOGICA		ETAPA	VIRTUD LOGRADA	RX SIG.	OBS	INTEGRANTES
INFANCIA (nac-10)	Lactante menor (nac-1)	"Soy lo que me dan"	Confianza básica vs desconfianza básica	esperanza	madre o cuidadora	RN depende de quién lo cuida (amor)
	Lactante mayor (1-2)	"Puedo no querer hacer lo que tú quieres que haga"	Autonomía vs vergüenza y duda	voluntad	padres	caminar, control de esfínteres
	Preescolar (2-5)	"Soy lo que imagino que seré"	Iniciativa vs culpa	finalidad	flia nuclear, hermanos	explora, juega roles, pinta, corre
	Escolar (6-10)	"Soy lo que puedo aprender a hacer funcionar"	Laboriosidad vs inferioridad	Competencia	escuela, vecindario	escuela, probar habilidad
ADOLESCENCIA (11-19)	Adolescencia temprana (11-13)	"Esto es lo que siento que soy"	Identidad vs dispersión de la identidad	lealtad	amigos, colegio, modelos de liderazgo	Entre amigos experimenta modelos a seguir, es fiel a esa identidad
	Adolescencia media (14-16)					
	Adolescencia tardía (17-19)					
ADULTO (20-64)	Adulto joven (20-34)	Identidad compartida en la intimidad	Intimidad vs aislamiento	Amor	Trabajo, pareja	Proyecto de vida, pareja, trabajo, intimar, amor con la pareja
	Adulto medio (35-49)	"Soy lo que genero para la Humanidad lo que puedo dar"	Generatividad vs aislamiento	Cuidado	Trabajo, hogar, comunidad	Genera ideas, cuida hijos propios y de otros.
	Adulto maduro (50-64)					
ADULTO MAYOR (+65)	Anciano joven (65-75)	"Soy lo que me sobrevive"	Integridad vs desesperación	Sabiduría	Humanidad	Aceptación de autobiografía, sabiduría dada por los años, no temer a la muerte
	Anciano mayor (76-85)					
	Anciano avanzado (+85)					

TAREAS LOGRADAS

TAREAS PENDIENTES

Anexo 4: Solicitud para asignación de población del estudio

Quito, 6 de abril de 2016

Señora Doctora
Baciliza Tello
**RESPONSABLE DEL PROCESO DE PROVISIÓN Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL
DISTRITO 17D03**
Presente,

En referencia a los acuerdos realizados para la elaboración del trabajo de titulación
*"Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud en el Centro de Salud N° 8, Cotacollao,
Provincia de Pichincha, Quito, Año 2016"*, sobre:

- Asignación exclusiva de tiempo para atención extramural en lo restante del año 2016
- Definir como población de estudio al sector de Ponciano Bajo

Solicitamos a usted como responsable del proceso descrito, de la manera más comedida brindar
las facilidades y autorización para ejecutar la tesis descrita, bajo los parámetros especificados, en
reuniones anteriores.

Por la atención a la presente anticipamos nuestros agradecimientos.

Atentamente,


Dra. Gabriela Meza


Dr. Edison Jaramillo

ESTUDIANTES DEL POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, PUCE - MSP

Recibido

06-04-2016

Anexo 5: Cronograma de actividades del Club del Adulto Mayor de Ponciano Bajo



DISTRITO 17D03
UNIDAD OPERATIVA "COTOCOLLAO"

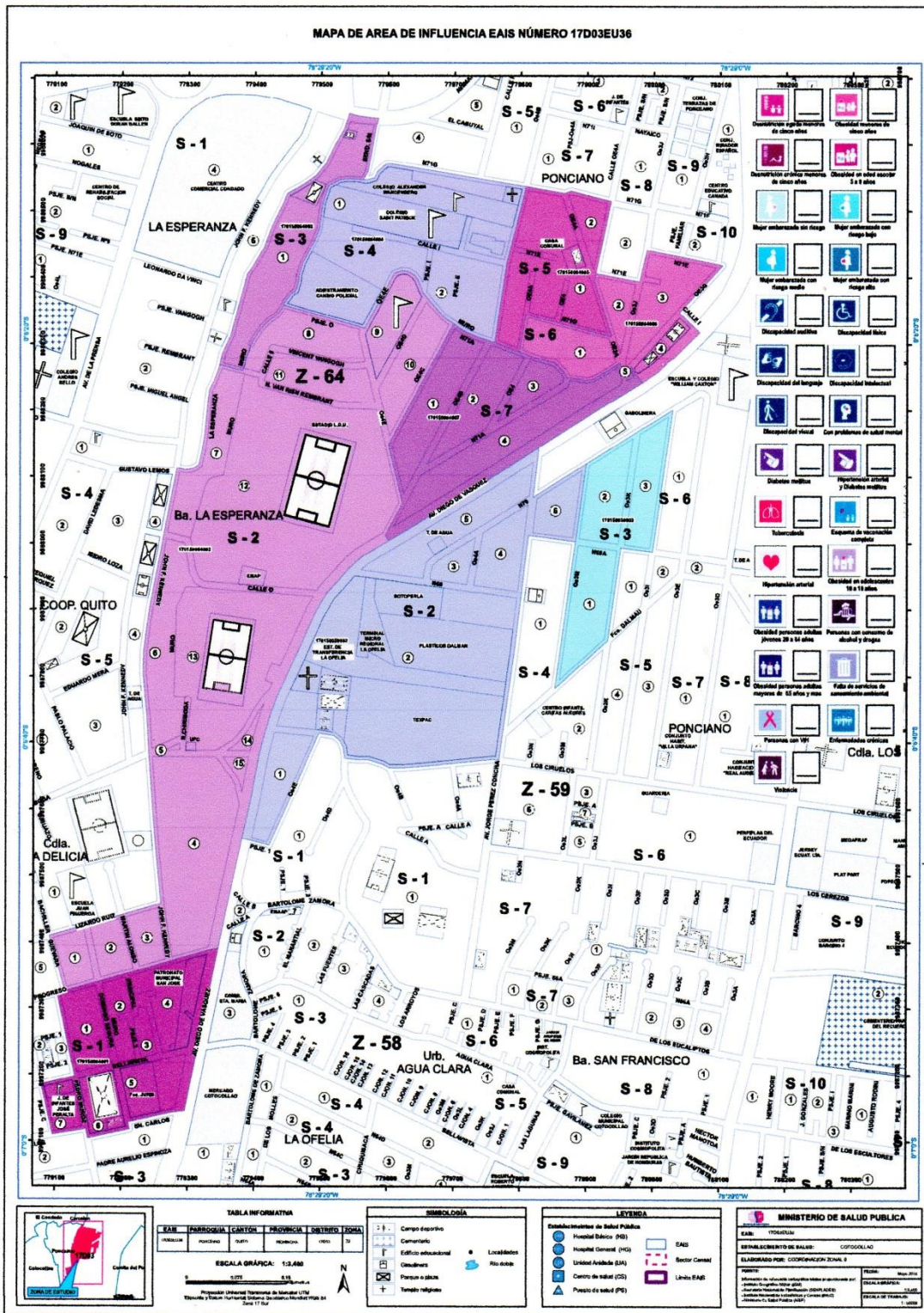
Comunidad: Ponceano Bajo.

Club Adulto Mayor: "Alegria"

FECHA	HORA	TALLER - ACTIVIDAD REALIZADA.	INTEGRANTES	OBJETIVOS:
13-10-2016	09:00-10:30 a.m	➤ Inauguración e integración del Club del Adulto Mayor "Alegria"	Dra. Gabriela Meza, Tutora Distrital Obs. Ingrith Gualpa, médicos familiares Dras. Verónica Vela y Deisy Moyota, Taps Mónica Chanalata y Gabriela Sánchez, presidenta comité pro-mejores Sra. Marcia Méndez.	La integración del adulto mayor a un núcleo organizado: 1) mejorar el humor 2) crear nuevos vínculos 3) generar sentimientos de autoestima 4) estimular la iniciativa 5) abrir la posibilidad de participar en actividades nuevas 6) compartir vivencias con gente de su misma edad 7) poner en contacto con individuos del sexo opuesto no familiares 8) permitir participar en un ámbito de sana recreación 9) fortalecer la intención de adoptar medidas preventivas de salud. Éstos grupos pueden tener diversos orígenes y orientaciones.
20-10-2016	08:30-09:30 a.m 09:30-10:30 a.m	➤ Actividad física. ➤ Taller educativo sobre HTA.	Dra. Gabriela Meza, médicos familiares Dras. Verónica Vela y Deisy Moyota, Taps Mónica Chanalata y Gabriela Sánchez, presidenta comité pro-mejores Sra. Marcia Méndez.	Proporcionar cuidados adecuados en el control de la HTA para mejorar la calidad de vida en el adulto mayor logrando un equilibrio físico psíquico social. Dar a conocer complicaciones de la HTA en el adulto mayor y medidas de prevención. Buscar alternativas para mejorar los estilos de vida para no verse afectado por la presencia de la HTA.

Autor: Mónica Chanalata, aspirante a TAPS

Anexo 6: Mapa de área de influencia EAIS número 17D03EU36



Autor: Dirección Zonal de Planificación, Zona 9

Anexo 7: Solicitud para realización de la propuesta de estudio

DMQ, 07 de abril de 2016

Señor Doctor
Paúl Proaño
SUBSECRETARIO DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Presente,

Reciba un atento y cordial saludo, a la vez deseándole éxitos en sus funciones.

Como es de su conocimiento, en el marco de la estrategia de fortalecimiento del MAIS-FCI, se ha propuesto el reposicionamiento de la Atención Primaria en Salud como eje articulador del Sistema Nacional de Salud; razón por la cual, el Ministerio de Salud Pública en su rol de Autoridad Sanitaria Nacional en convenio con las Universidades realizó la convocatoria e inició un proceso de selección mediante concurso de profesionales médicos de las unidades asistenciales y administrativas del MSP para especializarlos como Médicos Familiares y Comunitarios. Con el fin de ejecutar el convenio de formación la PUCE validó unidades del MSP como Unidades Asistenciales Docentes en las cuales al momento se realiza el proceso de formación.

Como requisito previo para culminar la formación de posgrado, es necesario el trabajo de titulación para el cual se ha planteado como tema: *Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud en el Centro de Salud de Cotacollao, Provincia de Pichincha, Quito, Año 2016*. En el mismo se desarrollará la ejecución de las fases y herramientas del MAIS dentro del componente de provisión de servicios, en el ámbito individual, familiar y comunitario, de esa manera se cumplirán los objetivos propuestos para el trabajo que incluyen: la caracterización de los individuos y familias, la elaboración del diagnóstico situacional, fortalecimiento del comité local de salud y elaboración de los indicadores para el monitoreo de la implementación del MAIS.

Con este antecedente nosotros Gabriela Meza con CC 1711266955 y Edison Jaramillo con CC 1709739112, estudiantes del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la PUCE sede Quito, solicitamos a usted de la manera más comedida, **autorice o delegue a quien corresponda que se brinde las facilidades y colaboración en lo referente al tema para la elaboración del trabajo antes mencionado**. Así como el apoyo técnico y logístico de la Dirección Nacional de Primer Nivel, además solicitamos se **facilite la cartografía de sectores censales de EAIS a intervenir**.

 **DIRECCIÓN NACIONAL DE ATENCIÓN
DEL PRIMER NIVEL EN SALUD**
RECIBIDO
RECIBIDO POR: *Paúl Proaño*
FECHA: *7-04-16* HORA: *15:30*
FIRMA: *Paúl Proaño*

Este trabajo de investigación constituirá un insumo clave para la planificación local y ejecución de planes de intervención de la unidad operativa, acorde a las Políticas Públicas, así como también, permitirá desarrollar las competencias del Médico/a Familiar y Comunitario en la aplicación del MAIS-FCI.

Por la atención a la presente anticipamos nuestro agradecimiento

Atentamente,


Gabriela Meza

C.C. 171126695-5




Edison Jaramillo

C.C 170973911-2

cc: Dr. Juan Chuchuca,

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	
SECRETARIA GENERAL	
RECIBIDO	
APR 7'16 PM 4:00	
Fecha:.....	Hora:.....
Nombre:.....	<i>Gabriela Meza</i>
Anexos:.....	<i>STH</i>

Anexo 8: Acta de reunión entre Planta Central, Coordinación Zonal y Delegado del Distrito 17d03 para la presentación y autorización de la propuesta de trabajo de titulación

	SUBSECRETARÍA NACIONAL DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DN... - AM SAR: #0001	
	DIRECCIÓN NACIONAL DE PRIMER NIVEL	
ACTA DE REUNIÓN		
Año: 2016	Mes: Mayo	Día: 19
Tema: Solicitud de apoyo para trabajo de titulación	Hora Inicial: 10:00	Hora Final:
Lugar: Sala de reuniones DNPNAS	Convocado por: DNPNAS	
Agenda u Orden del día	Responsables	
/ Análisis de posibilidad de apoyo	/ Responsable Coordinación zonal / Responsable Domicilio Digital / Responsable DNPNAS / Dra Gabriela Maza / Dr. Edison Jaramillo	
Objetivo de la reunión		
Aquí objetivos generales y específicos / Analizar la posibilidad de apoyo para el trabajo de titulación.		
Conclusiones:		
/ La Coordinación Zonal apoyará a los solicitantes en todo lo que se requiera de acuerdo a las posibilidades de la zona. / Se realizó el Proyecto con fichas familiares digitalizadas. / Se requiere el pedido oficial por parte de la Coordinación Zonal del número de tabletas que serán utilizadas en el Proyecto.		

Anexo 9: Solicitud para entrega de dispositivos móviles



Coordinación Zonal 9-SALUD
Dirección Zonal de Provisión y Calidad de los Servicios de Salud



Memorando Nro. MSP-CZ9-CZ-PSS-2016-0638-M

Quito, D.M., 19 de mayo de 2016

PARA: Sr. Dr. Juan Andres Chuchuca Pillajo
Director Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud

ASUNTO: REQUERIMIENTO DE DOS TABLETS PARA FICHAS FAMILIARES DIGITALIZADAS.

De mi consideración:

En referencia a la reunión mantenida en su despacho el día de hoy 19 de mayo del 2016, en la cual se acordó apoyar el trabajo de titulación: "Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud en el Centro de Salud de Cotacollao, año 2016", el cual requiere la aplicación de fichas familiares digitalizadas, lo que constituirá un insumo fundamental para la primera fase de la implementación del MAIS FCI en el Distrito de Salud 17D03 que se llevará a cabo en el período de mayo - agosto del presente año. Con este antecedente solicito a usted de la manera más comedida, se autorice la entrega de dos tablets a esta Dirección para la ejecución del Proyecto antes expuesto.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Esp. Luis Mario Muñoz Palacios
DIRECTOR ZONAL DE PROVISIÓN Y CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

Anexo 10: Solicitud para entrega de dispositivos móviles



Ministerio
de Salud Pública
Coordinación Zonal 9-SALUD



Memorando Nro. MSP-CZ9-2016-7419

Quito, D.M., 14 de junio de 2016

PARA: Sra. Dra. Veronica Maribel Martinez Quinapanta
Directora Distrital - 17D03

ASUNTO: TABLETS PARA LA APLICACIÓN DE FICHAS FAMILIARES

De mi consideración:

Un cordial saludo y por medio del presente en referencia al Memorando N° MSP-DNPNAS-2016-2111-M Dr. suscrito por el Dr. Juan Andres Chuchuca Pillajo - DIRECTOR NACIONAL DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD en el que manifieta:

QUE:.... () *En referencia a memorando Nro. MSP-CZ9-2016-7087 (07-06-2016), a través del cual se solicita la entrega de cinco tablets a la Coordinación Zonal 9-Salud, las mismas que servirán de instrumento para la ejecución del Proyecto de titulación: "Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud en el Centro de Salud de Cotacollao, año 2016"; esta Dirección para justificar el trámite respectivo a la Dirección Nacional Administrativa, solicita se remita la siguiente información:*

- *Tiempo requerido del préstamo de los dispositivos móviles.*
- *Nombres, apellidos y número de teléfono del responsable Distrital, encargado de monitorear el proyecto.*
- *Número de cédula de ciudadanía de los/las funcionarios/as a quienes se entregará las tablets.*
- *Nombres y apellidos de los/las funcionarios/as a quienes se entregará las tablets.*

Es importante señalar que las personas a quienes se entregue las tablets, serán los/las custodios de los dispositivos móviles, por el período solicitado en calidad de préstamo, de acuerdo a lo estipulado en el Reglamento General para la Administración, Utilización y Control de Bienes y Existencias del Sector Público. Además, a los mencionados custodios se les tramitará la creación de usuarios de la ficha familiar digitalizada en coordinación con el Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social (MCDS).

Por lo expuesto solicito información mencionada para colaborar en la tesis de la Dra. Gabriela Meza.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Av. Juan León Mera N 26 -38 y Santa María
Código Postal: 170516 Teléfono: 593 (2) 3931020
<http://instituciones.msp.gob.ec/cz9/>

1/2

Memorando Nro. MSP-CZ9-2016-7419

Quito, D.M., 14 de junio de 2016

Documento firmado electrónicamente

Dr. Manuel Edmundo Minaya Oléas
COORDINADOR ZONAL 9 - SALUD

Referencias:
- MSP-DNPNAS-2016-2111-M

Copia:
Sra. Dra. Baciliza Elvira Tello Betancourt
Responsable del Proceso de Seguridad y Salud Ocupacional y del Comité de Coordinación asistencial - docente (ComCAD) del Distrito

Im

Anexo 11: Solicitud de capacitación para uso de dispositivos móviles

Quito DM, 26 de agosto de 2016

Dra. Zoila Salazar

Dirección Nacional de Primer Nivel (Subrogante)

De nuestra consideración.-

Luego de expresar un cordial saludo y desearle éxitos en sus labores, nosotros: Gabriela Meza y Edison Jaramillo, estudiantes de la Universidad Católica del Ecuador del posgrado de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria del Convenio con el Ministerio de Salud Pública, presentamos a usted la hoja de ruta con las actividades que llevaremos a cabo en estos meses para la realización de nuestro trabajo de titulación "Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud en el Centro de Salud de Cotacollao, Provincia de Pichincha, Año 2016" el mismo que ha sido socializado y consensuado con la Dirección a su cargo, así como con las instancias respectivas de la Coordinación Zonal y Distrital, informando que el uso de las tablets como herramienta oficial para la aplicación de la ficha familiar en la recolección de datos y posterior análisis de información es de vital importancia en este proyecto.

Agradeciendo de antemano el apoyo material y logístico para la realización de la respectiva capacitación sobre el uso y registro de datos en los dispositivos tablets solicitamos de la manera más comedida se acoja al cronograma presentado, a fin de cumplir con las expectativas institucionales y académicas.

OPERATIVIZACION DEL MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD EN EL CENTRO DE SALUD DE COTACOLLAO, PROVINCIA DE PICHINCHA, AÑO 2016

HOJA DE RUTA

	AGOS TO	SEPTIEMBRE					OCTUBRE				NOVIEMBRE			DICIEM BRE	
	31	1 al 2	1 al 9	12 al 16	19 al 25	26 al 30	3 al 9	10 al 14	17 al 23	24 al 28	31	1 al 4	5 y 6	7 al 30	1 al 30
CAPACITACION	X	X													
APLICACIÓN DE FICHAS		X	x	x	x	x	X	x	x	x					
APLICACIÓN DE FICHAS C.S COTACOLLAO CON APOYO PERMANENTE		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
ANALISIS DE DATOS											x	X			
REACTIVACION / CONFORMACION DEL COMITÉ LOCAL DE SALUD					X		X				X	X	X		
ELABORACION DEL DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE SALUD									X						
PRESENTACION DEL DSS A LA COMUNIDAD, PRIORIZACION DE PROBLEMAS										X	X				
ELABORACION DEL BORRADOR DEL PLAN LOCAL DE SALUD											X	X			
CORRECCION Y PRESENTACION FINAL DEL TRABAJO DE TITULACION												X	X		
DEFENSA DE TRABAJO DE TITULACION															X
REUNION CON PRIMER NIVEL Y DISTRITO E INFORME DE LA EXPERIENCIA DE IMPLEMENTACION DEL MAIS-FCI															X
CON SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES															

Por la gentil atención que se digna dar a la presente, anticipamos nuestros agradecimientos.

Atentamente,


Gabriela Meza


Edison Jaramillo

Anexo 12: Agenda para capacitación en el llenado de la ficha familiar



Memorando Nro. MSP-CALISER-17D03-2016-0838-M

Quito, D.M., 02 de septiembre de 2016

PARA: Sra. Dra. Baciliza Elvira Tello Betancourt
**Responsable del Proceso de Seguridad y Salud Ocupacional y del
Comité de Coordinación asistencial - docente (ComCAD) del Distrito**

**Sr. Ing. Alex Giovanni Oña Suintaxi
Analista Distrital de Soporte Técnico y Redes**

**Sr. Ing. Carlos Alberto Narvaez Gomez
Analista Distrital de Talento Humano**

ASUNTO: Adjuntando agenda para capacitación de ficha familiar digitalizada los días
5 y 6 de septiembre 2016

De mi consideración:

FAVOR DAR CONOCIMIENTOS Y FACILIDADES

Reciba un cordial saludo, una vez que se han ajustado los tiempo del cronograma de actividades de la Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención (DNPNAS), adjunto al presente remito la agenda de la capacitación que se brindará los días 5 y 6 de septiembre de 2016, a los funcionarios que participarán en el levantamiento de fichas familiares digitalizadas, proceso de levantamiento e información que será analizada dentro del Proyecto de titulación: "Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud en el Centro de Salud de Cotocollao, año 2016", en uno de los establecimientos de salud del Distrito 17D03.

La presente agenda deberá socializarse a los participantes así como a los responsables de la logística de la capacitación, además, tomar en cuenta que la sede en la cual se desarrollará el evento deberá contar con una adecuada conectividad de wi-fi.

Agradeceré se informe el lugar de la capacitación para el desplazamiento de los técnicos de la DNPNAS.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Dra. Tatiana María Berenice Rivera Espinosa

ESPECIALISTA DISTRITAL DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD 2

Referencias:
- MSP-DNPNAS-2016-3161-M

Anexos:
- agenda-curso_ff_(2_días).pdf

66-93 y Lizardo Ruiz
2 530 787 / 2 292 800
mes.msp.gob.ec/cz9
1/2

to generado por Outlook

AGENDA
CAPACITACIÓN FICHA FAMILIAR DIGITALIZADA

DÍA	HORA	TEMAS	
05/09/2016	09h30 - 09h40	Control de asistencia de los participantes y entrega de tablets	
	09h40 - 09h45	Inauguración del evento	
	09h45 - 09h50	Actividad de integración	
	09h50 - 10h15	Establecimientos de salud según EAIS y según sectores censales	
	10h15 - 11h00	Cartografía en tablet y ejercicio práctico	
	11h00 - 11h15	Receso	
	11h15 - 11h30	Funciones del EAIS con respecto a la Ficha Familiar	
	11h30 - 11h45	Inducción para uso tablet	
	11h45 - 13h00	Instrucciones de la visita domiciliaria y registro de la ficha familiar	
		Sección I: Identificación y ubicación de la vivienda -con tablet-	
		Sección II: Condición de Ocupación de la vivienda -con tablet-	
	13h00 - 14h00	Sección III: Datos de la vivienda -con tablet-	
		Almuerzo	
		Sección IV: Datos del hogar -con tablet-	
	14h00 - 14h15	Sección V: Datos medioambientales -con tablet-	
	14h15 - 14h30	Sección VI: Datos de los miembros del hogar	
	14h30 - 15h30	Sección VI: Datos de los miembros del hogar -con tablet-	
	15h30 - 15h45	Sección VII: Valoración nutricional y hábitos saludables -con tablet-	
	15h45 - 16h00	Receso	
	16h00 - 16h45	Revisión de temas tratados	
16h45 - 17h00	Indicaciones Generales y entrega de tarea		
	08h00 - 08h15	Saludo y recepción de tareas	
	08h15 - 08h30	Evaluación del contenido de los temas tratados el día anterior	
	08h30 - 08h45	Corrección de la evaluación	
	08h45 - 09h15	Sección VIII: Diagnóstico de los miembros del hogar -con tablet-	
	09h15 - 09h30	Ejercicios sección VI-VII y VIII	
	09h30 - 09h40	Sección IX: Mortalidad familiar (fallecidos en los últimos 5 años) -con tablet-	
	09h40 - 10h45	Sección X: Diagnóstico familiar -filiograma, ecomapa, mapa de riesgos -con tablet-	
	10h45 - 11h00	Receso	
		Sección XI: Problemas y riesgos detectados con su plan de intervención -con tablet-	

AGENDA
CAPACITACIÓN FICHA FAMILIAR DIGITALIZADA

DÍA	HORA	TEMAS
	11h00 - 13h00	Riesgos ambientales
		Riesgos sociales
		Riesgos biológicos
		Riesgos conductuales
	13h00 - 14h00	Almuerzo
	14h00 - 14h10	Sección XII: Control de la entrevista -con tablet-
	14h10 - 14h30	Sincronización de datos e imágenes
	14h30 - 15h00	Formulario Control de Cobertura de la Ficha Familiar FCCFF-001
		Ejercicios completos (uso tablet y FCCFF-001)
	15h45 - 16h00	Receso
16h00 - 16h30	Evaluación del evento y clausura	

Anexo 13: Entrega de tablets



Memorando Nro. MSP-CZ9-D17D03-2016-2763-M

Quito, D.M., 09 de septiembre de 2016

PARA: Sra. Dra. Georgina Amelia Lobato Cueva
Coordinadora Zonal 9 - SALUD, Subrogante

ASUNTO: TABLETS PARA LA APLICACIÓN DE FICHAS FAMILIARES

De mi consideración:

En atención al **Memorando Nro. MSP-CZ9-2016-11457** del 08 de septiembre de 2016, en referencia a la entrega de tablets a los funcionarios del Distrito 17D03, para la elaboración de Fichas Familiares para la ejecución del Proyecto de titulación: "*Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud en el Centro de Salud de Cotacollao, año 2016*"; por parte de la Coordinación Zonal 9-Salud.

Envío a usted la información solicitada:

- El tiempo requerido del préstamo de los dispositivos móviles es desde el 09/09/2016 hasta 30/12/2016.
- La responsable Distrital, encargada de monitorear el proyecto es la Responsable del COMCAD, Dra. Baciliza Elvira Tello Betancourt con celular 0998226-975 (CNT).
- Los nombres y números de cédula de los/las funcionarios/as a quienes se entregará las tablets son:

NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	NÚMERO CELULAR
Baciliza Elvira Tello Betancourt	170682770-4	0998226-975
Andrés Paúl Molina Díaz	171960227-6	0998549-468
Jaime Alejandro Peralvo Acosta	180304522-6	0984453-761
Grace Vanessa Pallo Quishpe	171817417-8	0986593-340
María Fernanda Barroso León	160045802-8	2490-433

Atentamente,

Dra. Veronica Maribel Martinez Quinapanta
DIRECTORA DISTRITAL - 17D03

Anexo 14: Cumplimiento de capacitación



Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud
Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud

Memorando Nro. MSP-DNPNAS-2016-3285-M

Quito, D.M., 10 de septiembre de 2016

PARA: Sr. Dr. Manuel Edmundo Minaya Oléas
Coordinador Zonal 9 - SALUD

ASUNTO: Informando cumplimiento de capacitación de ficha familiar digitalizada distrito 17D03 e informando la necesidad de actualizar el sistema móvil

De mi consideración:

Con atento saludo me dirijo a usted, para comunicarle que se cumplió con la agenda programada para la capacitación de ficha familiar digitalizada los días 5 y 6 de septiembre de 2016 (enviada a la Coordinación Zonal 9 con memorando Nro. MSP-DNPNAS-2016-3161-M), dirigida a los funcionarios del establecimiento de salud "Cotocollao" (unicódigo 001658) correspondiente al Distrito 17D03, quienes participarán en el levantamiento de fichas familiares, las mismas que serán analizadas dentro del Proyecto de titulación: "Operativización del Modelo de Atención Integral en Salud en el Centro de Salud de Cotocollao, año 2016".

Adjunto se remite el control de asistencia de los dos días de capacitación, así como también el cuadro de calificaciones alcanzado por los participantes.

Adicionalmente, indico que el MCDS ha realizado cambios de IP públicas y se han generado nuevas direcciones URL para los sistemas web y móvil por lo que para tener acceso al aplicativo de ficha familiar deberán actualizar el sistema móvil.

Para la mencionada actualización deberán seguir las instrucciones que constan en el instructivo adjunto.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Dr. Juan Andres Chuchuca Pillajo
DIRECTOR NACIONAL DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD

Anexos:

- control_de_asistencia_17d03.pdf
- cuadro_calificaciones_17d03.pdf
- 02_protocolo_actualización_smff0076531001473464208.pdf

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



DIRECCIÓN NACIONAL DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD
CONTROL DE ASISTENCIA

TEMA: Capacitación Ficha Familiar Digitalizada

FECHA: Septiembre 5 de 2016

Nro.	Nombre y Apellido	Cargo	Institución	Numero de teléfono	Correo electrónico	Firma
1	Isabelle Landázar	Enfermera Rural	Centro de Salud Cotacollao	0987943164	lisa-200@hotmail.com	
2	Edison Jarama P.	Postgraduado	Centro de Salud Cotacollao	0958883438	edijarama16@hotmail.com	
3	Basilio Pello	Médico	Distrito 1703	0998286975	basilio2010@hotmail.com	
4	Gabriela Meza	Psicóloga	PUCE - MSP (MFC)	0985520892	gmb84@gmail.com	
5	Margarita Teza	Analista	MSP - DNPNAS	0992543194	nancy.teza@misp.gob.ec	
6	Miriam Rodríguez	Analista	MSP - DNPNAS	0987282745	miriam.rodriguez@misp.gob.ec	
7	Johanna Mays	Analista	MSP - DNPNAS	0979140715	johna.mays@misp.gob.ec	

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



DIRECCIÓN NACIONAL DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD
CONTROL DE ASISTENCIA

TEMA: Capacitación Ficha Familiar Digitalizada.

FECHA: Septiembre 6 de 2016

Nro.	Nombre y Apellido	Cargo	Institución	Numero de teléfono	Correo electrónico	Firma
1	Lisette Landázin	Enfermera Duras	Centro de Salud Cotacollao	0987943164	lisca-2008@hotmail.com	<i>Lisette Landázin</i>
2	Bacilio Fello	Médico	Distrito 17003	0998826975	bacilio247ello@hotmail.com	<i>Bacilio Fello</i>
3	Edison Jaamillop	POSTGRADISTA	Centro de Salud PUCE	0958883735	edijerani10@hotmail.com	<i>Edison Jaamillop</i>
4	Gabriela Meza	Posgradista	C Salud PUCE-MFG	0985520892	pgmb81@gmail.com	<i>Gabriela Meza</i>
5	Margarita Tero	Analista	MSP-DNPNAS	0992593194	nancy.tero@msp.gob.ec	<i>Margarita Tero</i>
6	Myniam Acuña	Analista	MSP-DNPNAS	0987282745	myniam.rodriguez@msp.gob.ec	<i>Myniam Acuña</i>
7	Jhonara Moya	Analista	MSP-DNPNAS	0779140215	jhonara.moya@msp.gob.ec	<i>Jhonara Moya</i>

DIRECCION NACIONAL DE PRIMER NIVEL DE ATENCION EN SALUD
FICHA FAMILIAR DIGITALIZADA
CUADRO DE CALIFICACIONES - DISTRITO 17D03



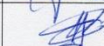
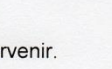
No.	APELLIDOS	NOMBRES	ASISTENCIA (40%)				EVALUACIÓN FINAL (60%)		TOTAL (100%)
			1	2	TOTAL	%	Nota	%	
1	LANDÁZURI	LISSETTE	1	1	2	40,00	14,00	42,00	82,00
2	JARAMILLO	EDISON	1	1	2	40,00	14,00	42,00	82,00
3	TELLO	BACILIZA	1	1	2	40,00	14,00	42,00	82,00
4	IMEZA	GABRIELA	1	1	2	40,00	18,00	54,00	94,00

Anexo 16: Registro de réplicas del llenado de la ficha familiar

DMQ, 9 de septiembre de 2016

ACTA DE REUNIÓN

En el Distrito Metropolitano de Quito, el día viernes, 9 de septiembre de 10:00am a 12:00 en el Centro de Salud de Cotocollao del Ministerio de Salud Pública, consultorio número 15, se reúnen para la réplica de la capacitación en llenado de ficha familiar digital:

NOMBRE	CARGO	CÉDULA	FIRMA
Gabriela Sánchez	Estudiante TAP	1727273698	
Mónica Chanalata	Estudiante TAP	171426317-3	
Gabriela Meza	Postgradista de Medicina Familiar	1711266955	
Edison Jaramillo	Postgradista de Medicina Familiar	170573211-2	

Al final de la reunión deciden ir a terreno a evaluar el sector a intervenir.







HOJA DE ASISTENCIA

Fecha: Jueves, 22/ SEPTIEMBRE /2016

Hora: 13:30

Tema: LLENADO FICHAS FAMILIARES ELECTRONICAS. Réplica

Responsables: DRA. GABRIELA MEZA.
Dr. Edison Jaramillo

NOMBRE	CARGO	CEDULA	FIRMA
Jaimé Perabo	N. Familia	1803045226	 jafajaimel1980@hotmail.com
Fernanda Barroso	Enfermera	1600458028	 fernanda.barroso@archa.1988.ec@psychoc.com
HOUANA ANDRÉ	TECNICO	A19602116	 aepm@uormailto.com
Grove Pablo	Enfermera	1718174178	 grovepablo@hotmail.com
Edison Jaramillo	Psiquiatra	1700332112	 edisoncentro8@gmail.com
Gabriela Meza	Psiquiatra	1711266955	 pgmb82@gmail.com

Observaciones:

Anexo 17: Autorización de entrega de las tablets al distrito



Ministerio
de Salud Pública
Coordinación Zonal 9-SALUD
Dirección Zonal de Provisión y Calidad de los Servicios de Salud



Memorando Nro. MSP-CZ9-CZ-PSS-2016-1093-M

Quito, D.M., 14 de septiembre de 2016

PARA: Sr. Ing. Julio César Casagallo Naranjo
Analista Zonal Administrativo 3, Subrogante

ASUNTO: TABLETS PARA LA APLICACIÓN DE FICHAS FAMILIARES

De mi consideración:

En atención al Memorando Nro. MSP-CZ9-D17D03-2016-2763-M del 09 de septiembre de 2016 en respuesta al Memorando Nro. MSP-CZ9-2016-11457 del 08 de septiembre de 2016, que informa. ..."referente a la entrega de tablets a los funcionarios del Distrito 17D03, para la elaboración de Fichas Familiares para la ejecución del Proyecto de titulación: "Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud en el Centro de Salud de Cotocollao, año 2016"; por parte de la Coordinación Zonal 9-Salud.

Envío a usted la información solicitada:

- El tiempo requerido del préstamo de los dispositivos móviles es desde el 09/09/2016 hasta 30/12/2016.
- La responsable Distrital, encargada de monitorear el proyecto es la Responsable del COMCAD, Dra. Baciliza Elvira Tello Betancourt con celular 0998226-975 (CNT).
- Los nombres y números de cédula de los/las funcionarios/as a quienes se entregará las tablets son:

NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	NÚMERO CELULAR
Baciliza Elvira Tello Betancourt	170682770-4	0998226-975
Andrés Paúl Molina Díaz	171960227-6	0998549-468
Jaime Alejandro Peraívo Acosta	180304522-6	0984453-761
Grace Vanessa Pallo Quishpe	171817417-8	0986593-340
Maria Fernanda Barroso León	160045802-8	2490-433

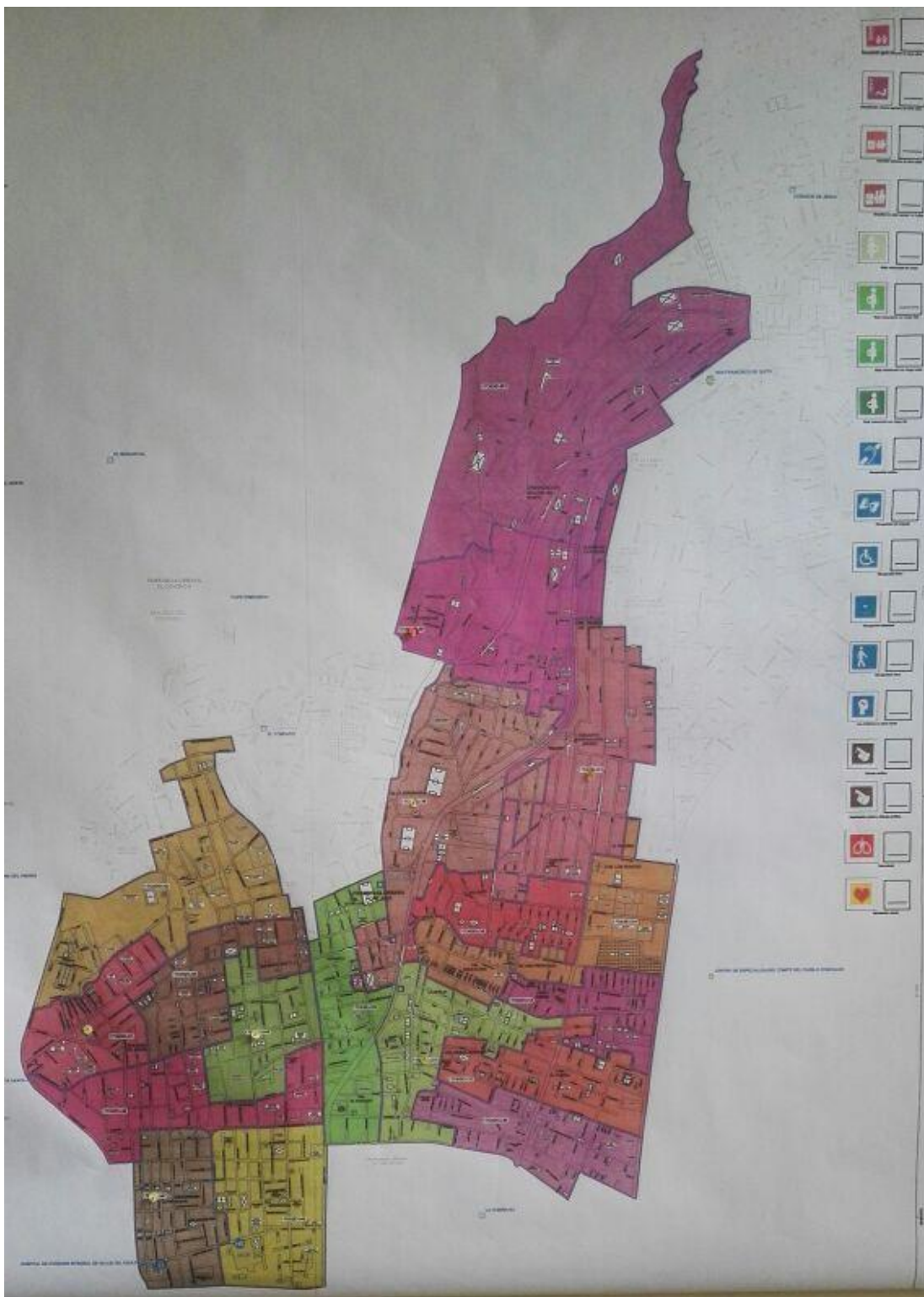
Antecedente en base al cual solicito a Usted realizar la entrega de las tablets por parte de la Coordinación Zonal 9 de Salud al Distrito 17D03 para la ejecución del Proyecto "Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud en el Centro de Salud de Cotocollao, año 2016".

Atentamente,

Espc. Luis Mario Muñoz Palacios
DIRECTOR ZONAL DE PROVISIÓN Y CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

Av. Juan León Mera N 26 -38 y Santa María
Código Postal: 170516 Teléfono: 593 (2) 3931020
<http://instituciones.msp.gob.ec/cz9/>

Anexo 18: Mapa parlante



Anexo 19: PLOS

ZONA:		ZONA9		PLANIFICACIÓN LOCAL OPERATIVA EN SALUD											
PROVINCIA:		PICHINCHA													
CANTÓN:		QUITO													
DISTRITO:		D_17D03													
ESTABLECIMIENTO:		CENTRO DE SALUD No. 8_E1849													
POBLACION TOTAL:		82.657													
PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES 2016															
GRUPO Y SUBGRUPO	POBLACION POR GRUPOS PROGRAMATICOS PARA EL AÑO 2016	NORMA		TIPO DE ACTIVIDAD	%DE COBERTURA PROGRAMADA	N°PRIMERAS CONSULTAS Y/O DOSIS	N°CONSULTAS SUBSECUENTES	TOTAL DE CONSULTAS PROGRAMADAS (primera + subsecuentes)	CONCENT. PROGRAMADA	TOTAL ACTIVIDADES 2016	RESULTADO VS. NORMA (DIF)				
		COBERTURA (%)	CONCENTRACION								COBERTURA (%)	CONCENTRACION			
0 A 28 DIAS (34,29%)	434	100%	1	CONTROL DE NIÑO SANO	6%	26	30	56	0.13	56	-94%	-0.87			
		100%	1	1° CONTROL DE SALUD HASTA LOS 7 DIAS	3%	13	0	13	0.03	13	-97%	-0.97			
		100%	1	TAMIZAJE METABOLICO AL 4° DIA	83%	352	0	352	0.81	352	-19%	-0.19			
		100%	1	TAMIZAJE AUDITIVO	92%	400	0	400	0.92	400	-8%	-0.08			
		100%	1	VACUNACION B.C.G.	123%	534	0	534	1.23	534	23%	0.23			
DE 29 DIAS A MENORES DE UN AÑO (31,43% y 34,29%)	398	100%	5	CONTROL DE NIÑO SANO	68%	398	813	1.211	2.79	1.211	-32%	-2.21			
		95%	1	VACUNACION B.C.G. (1a. Dosis)	14%	378	0	378	0.87	378	-81%	-0.13			
		95%	3	V. PENTAVALENTE (DPT+HB-Hib) (3ra. Dosis)	175%	378	0	378	0.87	378	80%	-2.13			
		95%	3	VACUNA OPV (POLIO) (3ra dosis)	175%	378	0	378	0.87	378	80%	-2.13			
		95%	2	VACUNA ROTAVIRUS (<6 meses, 2da dosis)	157%	378	0	378	0.87	378	62%	-1.13			
	434	95%	3	VACUNACION NEUMOCOCCO CONJUGADA (3ra)	199%	378	0	378	0.87	378	104%	-2.13			
		95%	1	INFLUENZA PEDIATRICA (a partir de los 6 meses 1ra)	111%	391	0	391	0.90	391	111%	0.20			
		95%	1	VACUNACION SR	146%	298	0	298	0.68	298	51%	-0.32			
		100%	1	SUPLEM. VITAMINA A 100.000 UI. (6 a 11 meses)	110%	395	29	424	0.98	424	10%	-0.02			
		100%	1	HEMOGLOBINA CAPILAR	25%	1.738	0	1.738	4.00	1.738	-75%	3.00			
DE 1 A 4 AÑOS	6.289	10%	1	CONTROL ODONTOLOGICO PREVENTIVO	3%	14.482	6	14.488	33.35	14.488	-7%	32.35			
		100%	1	SUPLEMENTACION PREVENTIVA CHIPAZ (6 A 12)	40%	1.086	10	1.096	2.52	1.096	-60%	1.52			
		100%	4	CONTROL DE NIÑO SANO HASTA 24 MESES	17%	1.069	647	1.716	3.95	1.716	-83%	-0.05			
		50%	1	CONTROL DE NIÑO SANO HASTA 48 MESES	24%	1.509	937	2.446	5.63	2.446	-26%	4.63			
		95%	1	VACUNACION TRIPLE VIRAL "SRP" (12 A 23 MESES)	34%	2.138	0	2.138	4.92	2.138	-61%	3.92			
		95%	1	VARICELA	26%	1.635	0	1.635	3.76	1.635	-69%	2.76			
		95%	NA	FIEMRE AMARILLA	40%	2.516	0	2.516	5.79	2.516	-55%	NA			
		100%	2	CHIPAZ	28%	1.761	30	1.791	4.12	1.791	-72%	2.12			
		95%	1	REFUERZO D. P. T	34%	2.138	0	2.138	4.92	2.138	-61%	3.92			
		95%	1	REFUERZO OPV - ANTIPOLIO	34%	2.138	0	2.138	4.92	2.138	-61%	3.92			
5 a 9 AÑOS (ESCOLARES)	7.796	95%	1	VACUNACION INFLUENZA PEDIATRICA 1 DOSIS	107%	6.729	0	6.729	15.49	6.729	12%	14.49			
		100%	2	SUPLEM. VITAMINA A 200.000 UI	305%	19.181	345	19.526	44.94	19.526	205%	42.94			
		25%	1	CONTROL ODONTOLOGICO PREVENTIVO	21%	1.321	206	1.527	3.51	1.527	-4%	2.51			
		100%	1	CONTROL DE SALUD (todos los escolares)	4%	312	3	315	0.72	315	-96%	-0.28			
		95%	1	VACUNACION D.T. 5 AÑOS	102%	7.952	0	7.952	18.30	7.952	7%	17.30			
		95%	1	VACUNA SRP (REFUERZO) 6 AÑOS	114%	8.887	0	8.887	20.46	8.887	19%	19.46			
		95%	1	VACUNA VARICELA 6 AÑOS	105%	8.186	0	8.186	19.24	8.186	10%	17.84			
		10%	1	TAMIZAJE AUDITIVO	8%	624	0	624	1.44	624	-2%	0.44			
		95%	1	TAMIZAJE VISUAL	41%	3.196	374	3.570	8.22	3.570	-54%	7.22			
		80%	2	VACUNA HPV (NIÑAS 9 AÑOS)	126%	9.823	0	9.823	22.61	9.823	46%	20.61			
ADOLESCENTES	10 A 14 AÑOS	100%	1	CONTROL ODONTOLOGICO PREVENTIVO	39%	3.040	512	3.552	8.18	3.552	-61%	7.18			
		100%	1	CONTROL DE SALUD	6%	448	52	500	1.15	500	-94%	0.15			
	15 a 19 AÑOS	50%	1	CONTROL ODONTOLOGICO PREVENTIVO	20%	1.494	352	1.846	4.25	1.846	-30%	3.25			
		50%	1	CONTROL DE SALUD	6%	436	24	460	1.06	460	-44%	0.06			
		100%	1	VACUNACION DT (15 AÑOS)	60%	4.358	0	4.358	10.03	4.358	-40%	9.03			
ADULTOS	ADULTO 20 A 64	50%	1	CONTROL ODONTOLOGICO PREVENTIVO	9%	654	113	767	1.76	767	-41%	0.76			
		100%	1	BUSQUEDA DE SINTOMATICOS RESPIRATORIOS	3%	218	1	219	0.50	219	-97%	-0.50			
		10%	1	CONTROL DE SALUD	9%	4.220	86	4.306	9.91	4.306	-1%	8.91			
		10%	1	CONSULTA ODONTOLOGICA	6%	2.814	692	3.506	8.07	3.506	-4%	7.07			
		4%	1	BUSQUEDA DE SINTOMATICOS RESPIRATORIOS	2%	938	4	942	2.17	942	-2%	1.17			
	ADULTO MAYOR 65 EN ADELANTE	100%	5	VALORACION INTEGRAL	8%	454	27	481	1.11	481	-92%	-3.89			
		100%	1	CONSULTA ODONTOLOGICA	3%	170	7	177	0.41	177	-97%	-0.59			
		95%	1	VACUNAS INFLUENZA	162%	9.203	0	9.203	21.18	9.203	67%	20.18			
		95%	1	VACUNAS NEUMOCOCCO (UNA SOLA DE POR VIDA)	9%	511	7	518	1.19	518	-86%	0.19			
		4%	1	BUSQUEDA DE SINTOMATICOS RESPIRATORIOS	3%	170	1	171	0.39	171	-1%	-0.61			
GRUPOS PROGRAMATICOS	EMBARAZADAS, PARTO POSPARTO	100%	5	CONTROL EMBARAZO	56%	796	2.462	3.258	7.50	3.258	-44%	2.50			
		95%	1	VACUNACION d.T. *	45%	639	544	1.183	2.72	1.183	-50%	1.72			
		100%	2	DETERMINACION DE HEMOGLOBINA	2%	28	0	28	0.07	28	-98%	-1.93			
		100%	5	SUPLEMENTACION HIERRO Y AC. FOLICO	52%	739	110	849	1.95	849	-48%	-3.05			
		100%	1	CONTROL ODONTOLOGICO PREVENTIVO	12%	171	20	191	0.44	191	-88%	-0.56			
	MEF 10-49 AÑOS	100%	1	PARTO EN LIBRE POSICION	2%	28	0	28	0.07	28	-98%	-0.93			
		100%	1	CONTROL DEL POST PARTO	2%	28	0	28	0.07	28	-98%	-0.93			
		4%	1	BUSQUEDA DE SINTOMATICOS RESPIRATORIOS	2%	28	0	28	0.07	28	-2%	-0.93			
		14%	1	PLANIFICACION FAMILIAR	9%	4.320	1.532	5.852	13.47	5.852	-5%	13.47			
		95%	2	VACUNACION d.T. *	6%	2.880	450	3.330	7.66	3.330	-89%	5.66			
MUJERES 35-49 AÑOS	52.573	70%	1	DETECCION OPORTUNA DE DM	3%	1.577	476	2.053	4.73	2.053	-67%	3.73			
	26.975	35%	1	DETECCION OPORTUNA DEL CANCER CERVICO	4%	1.039	6	1.045	2.41	1.045	-31%	1.41			
	39.678	35%	1	DETECCION OPORTUNA DEL CANCER MAMARIO	2%	794	2	796	1.83	796	-33%	0.83			
	3.835	70%	1	DETECCION OPORTUNA DE CANCER COLORRECTAL	2%	77	0	77	0.18	77	-68%	-0.82			
	3.835	70%	1	DETECCION OPORTUNA DE CANCER DE PROSTATA	2%	77	0	77	0.18	77	-68%	-0.82			