



**ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DEL LITORAL
ESCUELA DE POSTGRADO EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS
MAESTRÍA EN GERENCIA HOSPITALARIA**

TESIS DE GRADO PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:

ESPECIALISTA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD



TEMA:



**“METODOLOGÍA PARA LA GESTIÓN DE CENTROS DE
ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD COMUNITARIA E
INTERCULTURAL”**

AUTORES:

**Dra: Rosa Crow Castro
Dra: Noralma Mosquera Vivas**

DIRECTOR:

Ing: Antonio Quezada Pavón

**Guayaquil-Ecuador
Noviembre 2009**

ÍNDICE

CONTENIDO:	Págs.
1. RESUMEN EJECUTIVO -----	3
2. ANTECEDENTES -----	5
3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA -----	6
4. OBJETIVOS -----	7
4.1 OBJETIVO GENERAL	
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	
5. MARCO TEORICO -----	8
5.1 MODELO DE ATENCION EN SALUD	
5.1.1 Definiciones	
5.1.2 Generalidades	
5.1.3 Los Modelos de Atención en América Latina	
5.1.4 Los Modelos de Gestión en América Latina	
5.2 NUEVO MODELO DE ATENCION EN SALUD EN ECUADOR -----	11
5.2.1 Principios que sustentan el Modelo	
5.2.2 Características del modelo de atención	
5.2.3 Responsabilidades del modelo de atención	
5.2.4 Componentes del modelo de atención	
5.2.5 La Prestación	
5.2.5.1 Niveles de atención	
5.2.5.2 La atención básica	
5.2.5.3 EBAS misión y funciones	
5.2.5.4 La atención especializada	
5.2.6 La Gestión	
5.2.6.1 Principios y características del modelo de gestión	
5.2.6.2 Roles y funciones de la gestión	
5.2.6.3 Lineamientos del modelo de gestión	
5.2.7 El Financiamiento	
5.3 ESTRATEGIAS GENERALES PARA LA APLICACIÓN Y DESARROLLO DEL MODELO DE ATENCION -----	24
5.4 OPERATIVIDAD DEL MODELO DE ATENCIÓN -----	25
5.5 RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACION DEL NUEVO MODELO DE ATENCION-----	26
6. METODOLOGÍA -----	29
6.1 TIPO DE ESTUDIO	
6.2 FUENTES	
6.3 VARIABLES	
6.4 MATERIALES Y METODOS	
6.5 POBLACIÓN	
6.6 MUESTRA	
6.6.1 Tamaño de la Muestra	
6.6.2 Muestreo	
7. ENTREVISTA -----	31
8. RESULTADOS Y ANALISIS -----	36
9. CONCLUSIONES -----	38
10. RECOMENDACIONES -----	40
11. BIBLIOGRAFIA -----	41

Agradecimiento

El presente trabajo es el producto del aporte competente de profesionales de la salud del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, quienes han contribuido con sus conocimientos y experiencias de terreno. La consulta de bibliografía especializada y el conocimiento del nuevo sistema de salud vigente en el Ecuador nos ha motivado a conocer las fases iniciales de la implementación del mismo y las perspectivas de atención de la salud pública que a partir del mismo se abren en nuestro país.

Dedicatoria

A nuestras familias.

A la comunidad ecuatoriana: que se constituyen en nuestros pacientes.

A todos los profesionales de Salud del MSP que nos facilitaron el contacto con ellos y sus experiencias en terreno.

A nuestro Tutor Ing Quezada y Coordinadora de Maestría Dra. Magallanes por su guía para concretar este trabajo de especialidad.

1. RESUMEN EJECUTIVO

La mayoría de retos que enfrenta el sistema de salud ecuatoriano no son diferentes de los que enfrentan otros países de Latinoamérica: el aumento de los costos en salud, el envejecimiento de la población, el cambio de perfil epidemiológico, el modelo de atención centrado en la curación, los cambios culturales y sociales de los usuarios del sistema, la presencia de nuevas tecnologías, entre otros. Según la OPS/OMS, los sistemas de salud de la región se basaron en modelos occidentales de protección social, pero orientados a estratos específicos de la población, lo que obligó al establecimiento de subsistemas no integrados, incrementando la fragmentación y segmentación del sector. En el Ecuador se evidencia la existencia de una variedad de unidades no integrada en la red de servicios de salud (fragmentación), a lo que se suma el hecho de que coexisten subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión de servicios de salud (segmentación).

Estos procesos han generado la necesidad de reformas que debían adaptarse a las particularidades sociales, culturales, económicas y políticas de cada comunidad. Sin embargo existen desafíos específicos para el caso de Ecuador, lo que amerita un accionar enfocado a nuestra realidad, con respuestas adaptadas a la problemática que enfrenta nuestro sistema de salud: la falta de liderazgo, el inadecuado modelo de atención médica, la escasa inversión estatal en el sector salud que apenas empieza a corregirse en la actual administración, la limitada capacidad de gestión, la fragmentación institucional, la segmentación, la insuficiente cobertura y la afectación de la calidad en los servicios de salud.

Con los antecedentes expuestos en el Ecuador también fue necesario generar un conjunto de reformas centradas en la prestación de servicios, tanto de atención a la enfermedad, como de promoción, prevención y rehabilitación de la salud del individuo, familia y comunidades culturalmente diversas.

Para el cumplimiento de estas funciones era preciso desarrollar un **Modelo De Atención Integral de Salud (MAIS)**, integrado, con enfoque comunitario, familiar, intercultural y pluricultural, que incorpora las prácticas de la medicina tradicional y alternativa, basado en la atención primaria y promoción de la salud, lo cual propone la entrada del usuario/a al sistema por el primer nivel de atención, se enfoca en la salud familiar y comunitaria con énfasis en los riesgos: biológico, sanitarios y socio-económicos. Situación que se implementa con el debido soporte técnico, económico y el posterior soporte jurídico mediante la propuesta que el Gabinete Social Gubernamental enviara a la Asamblea Constituyente el 29 de enero del 2008, y que ahora forma parte de la Nueva Constitución aprobada en septiembre del 2008.

El objetivo principal de realizar el presente trabajo es Conocer el grado de implementación aplicación del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) ejecutado por el MSP durante el periodo de enero de 2008 hasta junio de 2009 y revisar el proceso existente bajo el cual se desarrolla el modelo en el Ecuador basándose en la información obtenida.

Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS):

Es una estrategia del MSP, para garantizar a las familias y comunidades del país el acceso a los servicios de salud y resolver los problemas que afectan la calidad de vida de la población.

Se apoya en la conformación y funcionamiento de los Equipos Básicos de Salud (EBAS). Estos equipos están compuestos por médicos, enfermeras, obstetras, odontólogos, promotores de salud, entre otros. La ejecución del componente comunitario del MAIS, se ejecuta en un 50% de las visitas domiciliarias y un 50% de las personas atendidas por los equipos básicos de salud.

El Modelo de Atención considera al individuo, la familia y la comunidad como el centro de su accionar y plantea como su fin último, **el vivir bien ("allí causai")** de los pueblos indígenas kichwas). Para el efecto, el Ministerio de Salud Pública en su política de Extensión de la Protección Social en Salud plantea *Garantizar a la población del territorio nacional, el acceso a la atención de salud mediante la implementación y ejecución de estrategias de protección social, que comprende un plan integral, equitativo, adecuado, solidario, sostenible y sustentable, basado en la atención primaria y promoción de la salud".*

La organización del modelo en el Ecuador y su garantía de ejecución comprende tres componentes, que desarrollaremos en el trabajo y su aplicación inicial en la provincia del Guayas son:

- a) La prestación de servicios
- b) La gestión (Modelo de Gestión)
- c) El financiamiento.

2. ANTECEDENTES

La población de América Latina enfrenta una serie de presiones emergentes relacionadas con el envejecimiento demográfico provocado por la disminución de la fecundidad, el acelerado proceso de urbanización, la degradación del ambiente y la adopción de estilos de vida poco saludables que son responsables de un peso cada vez mayor ocasionado por enfermedades no transmisibles y crónicas. Además, los sistemas de salud se han visto en la necesidad de confrontar los retos de nuevas patologías, tales como el SIDA, o de enfermedades que están resurgiendo pese a haberse mantenido bajo control por mucho tiempo, tales como malaria, dengue, cólera y tuberculosis.

Para complicar más las actividades de los sistemas de salud, en algunos países latinoamericanos se han evidenciado distintas formas de desintegración, social, incluyendo la guerra, guerrilla, el desplazamiento de las poblaciones y el creciente tráfico de drogas.

La dinámica epidemiológica de la región está generando cambios muy complejos en la demanda por servicios de salud. De manera similar, el incremento en la demanda debido al envejecimiento de la población tomará algún tiempo para expresarse plenamente.

Lo que parece definitivo es que, en la próxima década, la región experimentará un incremento generalizado de la demanda de servicios de salud, si bien este proceso estará marcado por la profunda heterogeneidad existente al interior de los países y entre ellos mismos.

Otra presión emergente para la población es la necesidad de incorporar la atención a la salud como parte de los derechos básicos de los ciudadanos incluyendo el respeto y protección de las prácticas ancestrales en salud.

En el Ecuador la metodología utilizada para la gestión de centros de atención integral en salud comunitaria durante las últimas décadas, se ha caracterizado por ser institucional y sectorialmente fragmentada, inequitativa e ineficiente, orientada a proporcionar atención individual y biológica, bajo una organización burocrática, de gestión centralizada e ineficaz, con financiamiento insuficiente y distribución desigual.

Las barreras económicas, culturales, viales y geográficas tradicionalmente han limitado el acceso a los servicios, especialmente de la población rural y urbana marginal más pobre, compuesta en su mayor parte por montubios, indígenas, afro-ecuatorianos y mujeres.

Los diferentes programas a nivel nacional se han aplicado de manera que sus indicadores privilegian la medición de coberturas y no de los avances de los procesos, su impacto, su efectividad, la satisfacción de usuarios, entre otros.

Hasta enero del año 2007, no se había definido un modelo de atención que aplique estrategias para el cumplimiento de los programas en forma horizontal, tomando en cuenta la atención en salud a todo el ciclo de vida con una visión transversal de género y de la interculturalidad, que priorice las necesidades de la comunidad excluida y al mismo tiempo, sirva como mecanismo para tomar decisiones técnicas, financieras, gerenciales y de intervención que reflejen satisfacción del usuario y mejoren la calidad de vida de las familias y/o, comunidades, incluyéndolas en forma equitativa y solidaria en la sociedad y producción del país, lo cual es una propuesta de la gestión actual del Ministerio de Salud Pública para la transformación del sector salud.

3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

Existe en América Latina un sentido de innovación inminente, por el cual varios países con diversos niveles de desarrollo, han iniciado reformas en el sistema de salud. Si bien el resultado final es todavía incierto, es muy posible que esta búsqueda conduzca a nuevos modelos conceptuales y prácticos para los sistemas de salud.

En el Ecuador también es necesario generar un conjunto de reformas centradas en la prestación de servicios, tanto de atención a la enfermedad, como de promoción, prevención y rehabilitación de la salud del individuo, familia y comunidades culturalmente diversas. Dichas actividades deberían ser implementadas y desarrolladas por cada uno de los subsistemas del sector es decir, organizaciones públicas, autónomas y privadas, con y sin fines de lucro, mediante la conformación de redes de servicios constituidas por diferentes niveles de complejidad.

El insuficiente presupuesto destinado al sector salud, la débil rectoría del MSP; la fragmentación entre múltiples instituciones del sector que funcionan sin coordinación entre sí, los inadecuados modelos de atención y financiamiento a las necesidades del país, hasta hace dos años atrás, conllevó a una baja cobertura y mala calidad de los servicios. En el país se estimaba que alrededor de un 30% de la población no tenía acceso a servicios institucionales de salud y desde el punto de vista de aseguramiento en salud, solamente el 22% gozaba de este beneficio.

Para el cumplimiento de los programas en atención en salud con una visión de género e interculturalidad, que sirva como mecanismo para tomar decisiones técnicas, financieras, gerenciales y de intervención que reflejen satisfacción del usuario y mejoren la calidad de vida de las familias y/o, comunidades, incluyéndolas en forma equitativa y solidaria en la sociedad y producción del país, lo cual está plasmado en la propuesta actual del Ministerio de Salud Pública para la transformación de este sector.

Con este premisa y para el cumplimiento de estas funciones era preciso desarrollar un **Modelo De Atención Integral de Salud (MAIS)**, con enfoque comunitario, familiar, intercultural y pluricultural, que incorpora las prácticas de la medicina tradicional y alternativa, basado en la atención primaria y promoción de la de salud, lo cual propone la entrada del usuario/a al sistema por el primer nivel de atención, se enfoca en la salud familiar y comunitaria con énfasis en los riesgos: biológico, sanitarios y socio- económicos. Situación que se implementa con el debido soporte técnico, económico y el apropiado soporte jurídico. Situación que se implementa con el debido soporte técnico, económico y el posterior soporte jurídico mediante la propuesta que el Gabinete Social Gubernamental enviara a la Asamblea Constituyente el 29 de enero del 2008, y que ahora forma parte de la Nueva Constitución aprobada en septiembre del 2008.

Habiéndose iniciado en la práctica la implementación del MAIS desde octubre de 2007, y siendo este el centro del esfuerzo de la gestión del Ministerio de Salud Pública en el actual gobierno, consideramos de interés el realizar un estudio que permita evaluar el proceso, implementación, desarrollo e impacto de esta importante política de salud pública.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Conocer el avance en la implementación del Modelo De Atención Integral de Salud (MAIS) por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, durante el periodo de enero de 2008 hasta junio de 2009 y revisar el proceso existente bajo el cual se desarrolla el modelo en el Ecuador.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Determinar el cumplimiento de las competencias de los Equipos Básicos de Salud.
- ✓ Conocer la capacidad de respuesta institucional del MSP a la demanda poblacional de atención en salud.
- ✓ Establecer la eficiencia del sistema de referencia y contrareferencia de las redes de salud (básicos, generales y hospitales de especialidad)
- ✓ Determinar la cobertura alcanzada con el modelo de implementación (MAIS) en la provincia del Guayas.
- ✓ Conocer las acciones implementadas para el fortalecimiento de los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación con responsabilidad social, participación comunitaria e interculturalidad
- ✓ Identificar fortalezas y dificultades durante el proceso de implementación del modelo actual.

5. MARCO TEORICO

5.1 MODELO DE ATENCION EN SALUD

5.1.1 DEFINICIONES

Modelo de Atención en Salud:

- ♦ Un modelo es un elemento teórico que plantea un sistema organizado de prácticas en el “sector salud”, capaz de ser replicado y que cuenta con diferentes grados de consenso social para su implementación
- ♦ Es una de las modalidades mediante la cual los paradigmas del proceso de salud –enfermedad – atención se implementan mediante prácticas sociales (prácticas en salud, asistencia).

Modelo de gestión:

- ♦ Un modelo de gestión es una forma de definir prioridades y tomar decisiones.
- ♦ Esquema o marco de referencia para la administración de una entidad. Los modelos de gestión pueden ser aplicados tanto a las empresas y negocios privados como en la administración pública.
- ♦ Gestión supone un conjunto de trámites que se llevan a cabo para resolver un asunto, concretar un proyecto, o administrar una empresa u organización.
- ♦ “Es un marco de referencia y un mecanismo de gestión de calidad, en el que interviene el nivel directivo, con los procesos de gestión (gerenciales) de la organización y los resultados esperados, que contribuyen al mejoramiento del nivel de salud de la población”.

5.1.2 GENERALIDADES

5.1.3 Los Modelos de Atención en América Latina

En la mayoría de los países latinoamericanos han ocurrido cambios en la aplicación de modelos de gestión en salud que en los países desarrollados ocurrió a lo largo de siglos, lo que ha colocado a América latina frente a una serie de problemas nuevos característicos de las sociedades desarrolladas, sin que hayan logrado resolver por completo los viejos problemas asociados con las sociedades más pobres. El ritmo de esta modernización ha sido muy diferente en los diversos segmentos de la sociedad, lo que ha agudizado la desigualdad entre los mismos (Morley, 1995; Londoño, 1995a; Altimir, 1996; Deininger y Squire, 1996).

Los sistemas de salud son vistos como una colección simple de organizaciones. En lugar de ello, proponemos una visión dinámica de los sistemas de salud como un conjunto de relaciones estructuradas entre dos componentes fundamentales: las poblaciones y las instituciones, la noción importante es que los diversos grupos de población presentan una serie de condiciones que constituyen necesidades de salud, las cuales, a su vez, requieren de una respuesta social organizada por parte de las instituciones. En cada sistema de salud, esta respuesta se estructura a través de ciertas funciones básicas, mismas que las instituciones tienen que desempeñar a fin de satisfacer las necesidades de salud de las poblaciones.

En América Latina cada sistema de salud privilegia determinados aspectos sobre otros. Por ejemplo, unos se preocupan más con la universalidad de la cobertura y otros privilegian la eficacia de las acciones (su impacto sobre la calidad de vida de los ciudadanos). Desde la perspectiva del modelo de gestión del sistema, parecería importante identificar cuáles son los principios y valores que guían el sistema en cada país, cuáles son las principales decisiones relacionadas con la conducción del sistema, quién las toma y cómo se toman. En la mayoría de los países se apuntó a la consolidación de los sistemas públicos de aseguramiento; sin embargo, fueron muy pocas (tal vez solo las de Brasil y Colombia) las reformas que apuntaron a la universalización del sistema.

Una de las metas con más presencia en las políticas del sector salud es la descentralización. Alrededor del noventa por ciento de los países de la Región buscaron formas de transferencia de responsabilidades desde el centro hacia la periferia de los Sistemas de Salud. Este proceso puede generar cambios significativos de los modelos de gestión. Aún es poco lo que sabemos sobre los resultados de estos procesos, ya que los modelos de descentralización son muy diversos. Bajo el nombre de descentralización se engloban procesos distintos, como la municipalización, la distritalización, la transferencia de los servicios a las jurisdicciones departamentales o provinciales, o la delegación de autonomía de gestión a los hospitales. Durante los años ochenta la estrategia fue orientada hacia los municipios, en los años noventa hacia las autonomías hospitalarias. En los últimos años está dirigida al aseguramiento de la población. Especialmente en los países de la Región donde los niveles de acceso son menores, parecen resultar adecuados los esquemas de micro seguros.

En menor medida, pero con impulso creciente, surgen principios como la competencia y la libertad de elección. Como ocurrió con otras tendencias de reforma, estos procesos que recuperan y priorizan el papel de los usuarios.

Cada sistema de salud implica determinadas formas de participación del Estado en la resolución de los problemas de salud de la población. Esta participación puede variar en cantidad y calidad.

Las funciones del Estado en el sector de la salud se pueden encuadrar en cuatro categorías: informar a la población, proveer directamente servicios a la población, financiar servicios de salud y regular el mercado sanitario. Esta clasificación ha sido ampliamente utilizada en los estudios sobre el sector.

5.1.4 Los Modelos de Gestión en América Latina

Un modelo de gestión es una forma de definir prioridades y tomar decisiones. En función de esta definición es válido preguntarse en qué medida las reformas de salud implementadas en América Latina durante las décadas pasadas generaron auténticos cambios en los modelos de gestión. Para analizar la correcta aplicación del modelo de gestión resulta adecuada definir tres niveles de gestión en el sector de la salud de acuerdo a lo expresado por Vicente Ortún Rubio:

- ✓ **Macrogestión** o gestión pública.- Involucra la intervención del Estado para corregir las fallas del mercado en salud y mejorar el bienestar social a través de:
 - 1) Modificaciones de estilos de vida, medio ambiente, tecnología, recursos humanos, y servicios sanitarios.
 - 2) Financiación de la sanidad y el establecimiento político de prioridades.
 - 3) Organización y gestión de los servicios sanitarios de titularidad pública.
- ✓ **Mesogestión** o gestión institucional.- Involucra centros, hospitales, y otros establecimientos de salud. Estos asumen objetivos y el principal desafío de la gestión es coordinar y motivar a las personas para alcanzar dichos objetivos
- ✓ **Microgestión** o gestión clínica.- La mayor responsabilidad recae en los profesionales. Con la particularidad que el médico es responsable por la asignación del 70% de los recursos a través de millares de decisiones de diagnóstico y terapéutica tomadas cotidianamente, para lo cual: coordina y motiva al personal del propio servicio o de servicios centrales y de apoyo.

Los esfuerzos para disminuir las inequidades en salud se plantean a través de tres dimensiones básicas:

- 1) **Equidad en la asignación de recursos financieros.**- Cada población y área deben tener disponibilidad de dinero para satisfacer sus necesidades.
- 2) **Equidad en el acceso a los servicios.** Deben recibir todas y todas atenciones médicas, sea cualquier enfermedad y nivel de complejidad.
- 3) **Equidad en los resultados.** Independientemente de las condiciones sociales y económicas, de donde nacieron y viven, de en qué y cuánto trabajan; todos los sectores de la población alcancen equivalentes resultados de salud medidos por indicadores clásicos como esperanza de vida y tasas de morbi-mortalidad.

5.2 NUEVO MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD EN EL ECUADOR

Las prestaciones de los servicios de salud se rigen por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética con enfoque de género y generacional.

El Modelo de Atención se articula a procesos de desarrollo sostenible con participación intersectorial, se orienta al cambio de los factores determinantes de la salud que deben ser abordados mayormente con acciones de promoción para controlar el proceso salud enfermedad.

El Sistema Nacional de Salud considera la estrategia de atención primaria de salud como uno de los ejes fundamentales del crecimiento económico y desarrollo social y promueve su articulación a los demás sectores mediante políticas, planes y programas de desarrollo integral, instando a todos los actores e instituciones nacionales e internacionales a brindarle mayor apoyo técnico y económico.

La estrategia de atención primaria de salud es la **“asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables. Orientada hacia la prestación de servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación poniéndola al alcance de todos, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.”**

La **estrategia de atención primaria de salud renovada** se orienta a solucionar los principales problemas de salud de la comunidad (considerados como causa y efecto de las características socio-culturales y políticas), mediante la prestación de servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y de todos los sectores, el trabajo en equipo del personal involucrado y el funcionamiento articulado de la red de servicios y sus sistemas de referencia y contrareferencia.

La **promoción de la salud** ha sido definida como “Proveer de los medios necesarios a la población para que mejore su salud y ejerza un mayor control sobre la misma” (Carta de Ottawa 1986). “Proceso social, educativo y político que incrementa la conciencia pública sobre la salud, promueve estilos de vida saludables y brinda oportunidades de empoderamiento a la gente para que ejerza sus derechos y responsabilidades en la formación de ambientes, sistemas y políticas favorables a su salud y bienestar” (OPS/OMS).

La Promoción de la Salud es la estrategia mediante la cual se busca vincular a la gente con su entorno, con miras a crear un futuro más saludable ya que combina la elección personal con la responsabilidad social (políticas públicas saludables, organización y participación social, reorientación de los servicios de salud, entornos y ambientes saludables, estilos de vida saludables). La promoción de la salud se fundamenta en el reconocimiento de que las instituciones de salud no pueden proporcionar, por sí solas, las

condiciones ni asegurar las perspectivas favorables para la salud; exige por lo tanto, la acción coordinada de todos (Carta de Ottawa 1986).

El enfoque familiar es una atención centrada en las personas reconocidas como seres bio-psico-sociales, integrantes de un núcleo familiar, inmersos en un contexto social, cultural y político específico, con necesidades particulares en cada etapa de su ciclo vital. Aborda la familia como unidad fundamental y como estructura mediadora entre ésta y la comunidad, la sociedad y la naturaleza.

El enfoque intercultural garantiza la vigencia y práctica de los conocimientos provenientes de un rico patrimonio cultural, incorporando modelos que expresan complementariedad, reciprocidad y diversidad, en el contexto del nuevo paradigma de la cultura, la salud y el desarrollo. Así, el enfoque intercultural promueve el respeto a la cultura de los usuarios (sus particulares percepciones, hábitos y costumbres respecto al proceso de salud y enfermedad) y promueve la articulación de las distintas medicinas ("occidental", tradicionales, alternativas) permitiendo una deseable complementariedad de las acciones y la elección del sistema médico donde los usuarios prefieran ser atendidos.

La Subsidiariedad del Estado garantiza el acceso de la población excluida a través de los servicios existentes en la red de unidades de atención por niveles de complejidad del MSP, la aplicación efectiva de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, las prestaciones del Seguro Campesino, y otros proveedores de servicios de salud, complementando el cuidado, la protección e inversión en capital humano por parte de las familias y la sociedad civil.

La Protección Social en Salud: "Es la garantía que la sociedad otorga, por conducto de los poderes públicos, para que un individuo o grupo de individuos pueda satisfacer sus necesidades y demandas de salud, mediante el adecuado acceso a los SERVICIOS DEL SISTEMA, o de alguno de los subsistemas de salud existentes en el país, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo."

La extensión de la Protección Social en salud es una herramienta de política pública destinada a combatir la exclusión en salud y la privatización del Estado.

La Participación Social: en un sentido democratizador, implica la construcción de nuevas concepciones y formas de gestión institucional a nivel de lo local, provincial y nacional.

Desde las instituciones se debe crear mecanismos de participación para recoger las demandas ciudadanas, organizar procedimientos de gestión en función de dichas demandas, implementar mecanismos de transparencia y posibilitar la rendición de cuentas y control social. OPS, 2005

Activar los procesos participativos implica, también, generar mecanismos adecuados para conseguir el involucramiento y apropiación de los individuos y los colectivos de todo el proceso, es decir, en la interpretación de los problemas, la definición de prioridades, la ejecución, monitoreo y evaluación de las propuestas.

Por lo mismo, la participación de individuos, grupos y organizaciones sociales, debe ser entendida como un proceso de construcción social, donde se expresan necesidades,

preocupaciones y demandas, pero también la capacidad de proponer alternativas, tomar decisiones y llevar a cabo acciones que les permita superar sus problemas y necesidades.

5.2.1 Principios que sustentan el Modelo

- **Universalidad en el acceso y cobertura:** Implica que los mecanismos de financiamiento y organización son suficientes para cubrir a toda la población al eliminar la capacidad de pago como barrera de acceso a los servicios de salud.
- **Integralidad:** Atención a las personas, a los riesgos y condiciones que afectan su salud; implica acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación a individuos, familias, comunidad y medio ambiente. Interrelación y complementación con las medicinas tradicionales y alternativas en los tres niveles de atención.
- **Equidad:** Ausencia de diferencias injustas en el estado de salud, en el acceso a la atención de salud y a los ambientes saludables, y en el trato que se recibe en el sistema de salud y en otros servicios sociales, es un requisito para las capacidades, las libertades y los derechos de las personas.
- **Continuidad:** Se entiende como el seguimiento al estado de salud de una persona, que forma parte de una población determinada; así como el seguimiento y atención de cualquier episodio de enfermedad específica.
- **Coordinado e integrado:** Es la coordinación con otros sectores, para garantizar la satisfacción de la demanda y su atención continua en la red plural de servicios de diversa complejidad, mediante el fortalecimiento y sostenibilidad de un sistema de referencia y contra referencia.
- **Participativo:** Convierte a los individuos en socios activos, en la toma de decisiones sobre la asignación y el uso de los recursos, en la definición de las prioridades y en la garantía de la rendición de cuentas, y en su autocuidado.
- **Planificado:** Participación de los actores sociales en la planificación estratégica, su ejecución y evaluación; en los Consejos de Salud, como espacios idóneos para la articulación sectorial; en la adaptación de los planes de salud de acuerdo a la realidad local.
- **Desconcentrado:** Delegación permanente pero controlada del ejercicio de una o más atribuciones, y los recursos necesarios, dentro de una misma institución.
- **Eficiente, eficaz y de calidad** relacionado con la optimización y uso racional de los recursos, orientados a la satisfacción de las necesidades de las personas, principalmente de los grupos poblacionales más desprotegidos o en situación de riesgo. La eficiencia del gasto definida como la implementación de mecanismos y procedimientos que garanticen un mayor rendimiento de los recursos.
- **Solidario:** Es el trabajo en conjunto de la sociedad para definir y conseguir el bien común, requerido para que las inversiones en salud sean sostenibles.

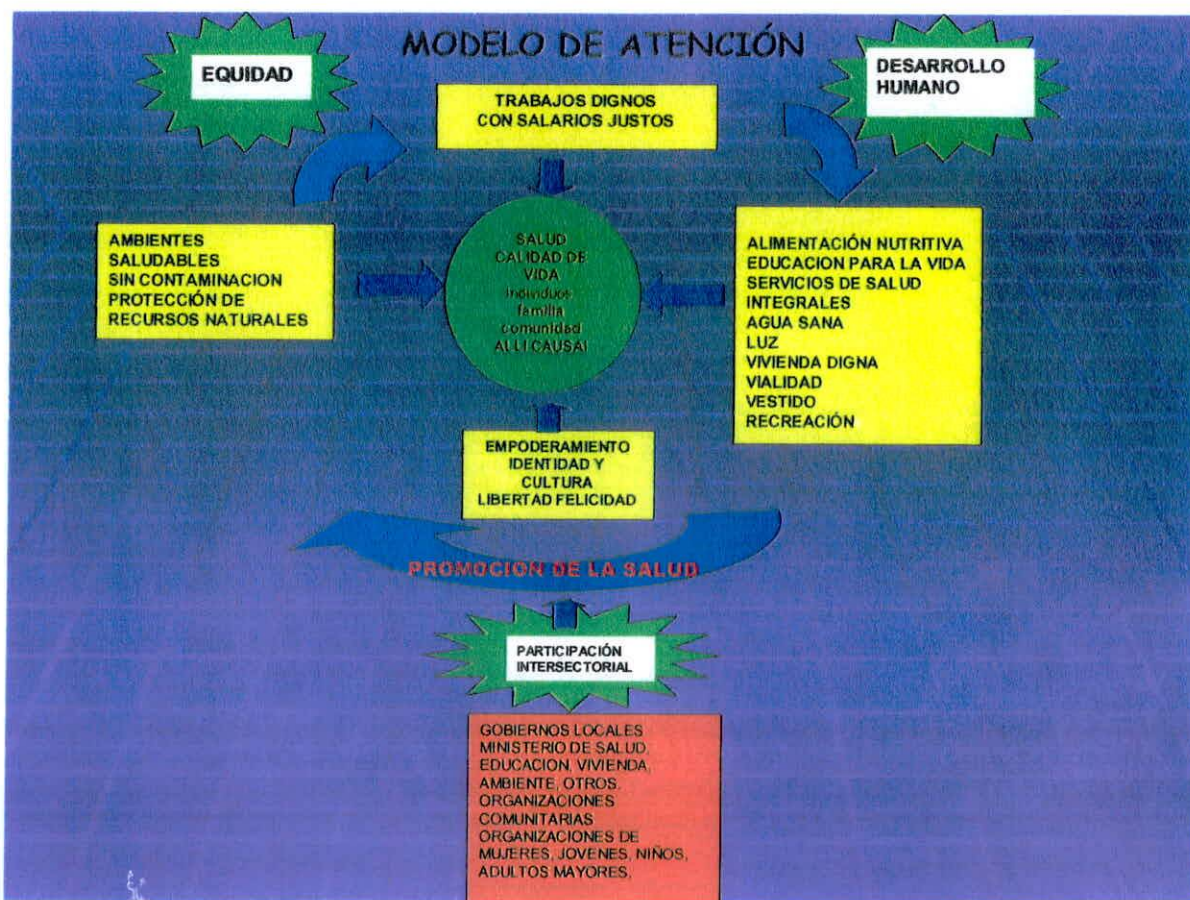
5.2.2 Características del modelo de atención:

El Modelo de Atención considera al individuo, la familia y la comunidad como el centro de su accionar y plantea como su fin último, **el vivir bien** (“allí causai”) de los pueblos indígenas kichwas). Para el efecto, el Ministerio de Salud Pública en su política de Extensión de la Protección Social en Salud plantea “Garantizar a la población del territorio nacional, el acceso a la atención de salud mediante la implementación y ejecución de estrategias de protección social, que comprende un plan integral, equitativo, adecuado, solidario, sostenible y sustentable, basado en la atención primaria y promoción de la salud”.

El Modelo de Atención pretende responder a las necesidades y demandas de los ciudadanos en el marco de sus derechos. Busca el establecimiento de un Plan Integral de Salud, donde el Estado garantice a su población servicios de salud de calidad, un conjunto garantizado de prestaciones de promoción, prevención, atención y recuperación, y un financiamiento seguro y sostenible.

La preocupación del sistema de salud no sólo es la atención a las personas que demandan los servicios, sino la satisfacción de sus necesidades integrales de salud; es decir, aquellas necesidades que son percibidas y demandadas por la población, e incluso de aquellas que no lo son, que, por ser tales, podrían convertirse en una limitante para acceder a una atención de calidad.

El punto de partida de esta organización estructural, funcional y de principios, es el espacio de lo local, allí donde se confrontan los problemas y necesidades de la población. En lo local se puede y debe articular todos los recursos existentes bajo el criterio de su adecuación a la realidad con el fin de mejorar su orientación y correcta utilización y, sobre todo, para el establecimiento de una corresponsabilidad de la salud entre los diferentes actores locales.



FUENTE: MSP 2006 Modelo de Atención

5.2.3 Responsabilidades del modelo de atención:

- 1) La atención del individuo, la familia, la comunidad, los grupos sociales y el entorno natural. (ficha familiar y manual)
- 2) Definición de una base geográficopoblacional.
- 3) Construir redes y micro redes plurales públicas de servicios de atención básica y de especialidad.
- 4) Reorganización de los Recursos Humanos y contratación de nuevos en función del modelo que incluye equipos básicos de atención- EBAS.
- 5) Disponer para la red plural, de un conjunto de prestaciones y actividades en: promoción, prevención, curación y recuperación en sus diferentes niveles.
- 6) Formular programas integrales e integrados de salud, superar el enfoque de los programas verticales, que son ahora las personas en sus diferentes etapas del ciclo vital.
- 7) Desarrollar mecanismos que permitan asignar nuevos recursos económicos a las redes y microrredes en función del cumplimiento en los compromisos de Gestión.
- 8) Contar con un Plan Integral de Salud como resultado de la participación, negociación y concertación de los diferentes actores que integran el sistema nacional, provincial y local.

5.2.4 Componentes del modelo de atención

La organización del modelo en el Ecuador y su garantía de ejecución comprende tres componentes:

- a) La prestación.
- b) La gestión.
- c) El financiamiento.

5.2.5 LA PRESTACIÓN

La prestación constituye la oferta de servicios y conjunto de acciones que el sistema de salud garantiza a toda la población, toma en cuenta la atención integral, el enfoque de género, lo generacional, la interculturalidad, la equidad, lo participativo y la corresponsabilidad en el cuidado de la salud.

El centro de la prestación, son los individuos, las familias y el entorno social y ambiental de las comunidades que determinan riesgos particulares. La prestación a los individuos son las acciones tanto preventivas como las de recuperación, actividades de comunicación y consejería para las personas. En la familia, las actividades se relacionan con el control de su espacio doméstico (tenencia de animales, medidas de higiene, hacinamiento), que puedan significar un riesgo para la salud de las familias.

En la comunidad también se trabaja con los factores de riesgo; por lo tanto, se deben realizar actividades de inspección y control y, fundamentalmente, de promoción de la salud.

Constituye la oferta de servicios y el conjunto de acciones que el sistema de salud garantiza a toda la población, mediante actividades de Información, educación y comunicación; inspección y control de riesgos en lo familiar, comunal y ambiental; vigilancia y control de brotes epidémicos; regulación sanitaria a establecimientos; e intervenciones de atención asistencial individual, además campañas o programas de solidaridad para atender cirugías represadas y enfermedades catastróficas, a través de los niveles: puestos de salud, subcentros, centros y hospitales de las microrredes y redes del sistema.

Niveles de atención:

Se han estructurado los 3 niveles de atención de salud universalmente aceptados, con sus correspondientes niveles de complejidad y capacidad resolutoria.

- **Primer nivel de atención.** Atención ambulatoria de carácter general. Se caracteriza por ofertar prestaciones de salud para afectaciones simples, de menor riesgo, mayor frecuencia y bajo costo. Además corresponden los siguientes tipos de unidades operativas: puestos de salud, subcentros de salud, centros de salud y las unidades móviles.
- **Segundo nivel de atención.** Atención hospitalaria y ambulatoria de casos de mediana complejidad que son referidos por las unidades operativas del primer

nivel de atención como los hospitales básicos y los hospitales generales para resolver los problemas que requieren estancias mayores de 24 horas.

- **Tercer nivel de atención.-** Atención especializada de máxima complejidad que implica la internación de pacientes con problemas difíciles. Corresponden hospitales especializados y de especialidades

La atención básica:

Se desarrolla en el primero y segundo nivel de atención, donde se construye los Sistemas Locales de Salud que comprende:

- Redes y microrredes de salud.
- Delimitación territorial.
- Conformación de equipos básicos de salud - **EBAS** -de intervención para la atención primaria a nivel local.
- Llenado y seguimiento de la Ficha Familiar para la identificación y ubicación de riesgos.
- Mapa de riesgos.
- Definición del conjunto de prestaciones y procesos para la atención intramural y extramural a los individuos, familia y comunidad.

Equipos básicos de atención de salud (EBAS)

En el primer nivel de atención una de las herramientas más importantes creadas han sido los EBAS, que pueden estar compuestos por 2 o 3 profesionales de la salud y pueden combinarse con médico/a, obstetras, enfermera/o y odontólogo. En lugares donde no se cuenta con enfermeras podrían incluirse auxiliar de enfermería y promotores comunitarios, otros de la comunidad (líderes, voluntarios de salud), según la necesidad

- A nivel rural, se estima la atención de: 600 familias por equipo básico de salud.
- A nivel urbano, se estima la atención: 1000 familias por equipo básico de salud.

Misión del EBAS

El Equipo Básico de Salud es el responsable de la atención integral de la salud de las personas en un espacio poblacional determinado (comunidad)

Funciones generales de los EBAS:

- Identificación de los problemas prioritarios del área de salud.
- Elaborar la planificación local participativa de la población

- Brindar atención integral en salud en los diferentes ambientes humanos (familia, comunidad, educativo, laboral y los servicios de salud).
- Seguimiento, control y evaluación de la gestión mediante los indicadores de eficiencia, eficacia, efectividad y calidad definidos.
- Promover y participar en actividades de desarrollo de los recursos humanos para mejorar su capacidad resolutive.
- Recolectar y registrar información local pertinente para el sistema de información en salud a partir de la metodología nacional definida.
- Participar en investigaciones operativas a partir de las necesidades planteadas.
- Diseñar y ejecutar un programa de educación y comunicación en salud a la población de su área de salud a partir de los problemas y necesidades detectadas.

La atención especializada:

Esta se relaciona con la atención de 2do, y 3er nivel y comprende:

- El proceso general de atención a las personas (ambulatorio, emergencia, hospitalización).
- El proceso de referencia y contrarreferencia.
- Los procesos de apoyo: laboratorio, Rx, TAC, medicamentos, y otros.
- El Proceso para la resolución de las cirugías represadas.

5.2.6 LA GESTION

Principios y Características del Modelo de Gestión:

Los principios y características del modelo de gestión se corresponden, en buena medida, con el modelo de atención. Sin embargo, mantiene su propia particularidad en los siguientes aspectos:

- **Desconcentrado:** Delegación permanente pero controlada del ejercicio de una o más atribuciones, y los recursos necesarios, dentro de una misma institución.
- **Calidad:** Lograr el mayor beneficio con el menor riesgo, con la aplicación de la tecnología más adecuada, para conseguir la satisfacción de los usuarios, en el marco gerencial, que implica calidad total desde la provisión de insumos hasta la obtención de productos deseados, a lo largo de todo el proceso de prestación de servicios.
- **Eficiencia:** Lograr los objetivos y resultados esperados con el menor número de recursos y a los menores costos en el menor tiempo, (optimización del uso de los recursos).

- **Participación social:** La comunidad es co-responsable en el manejo de los recursos y prestación de servicios., tanto en el modelo de gestión como en el modelo de la atención de salud, a través de la educación sanitaria y de la veeduría ciudadana.

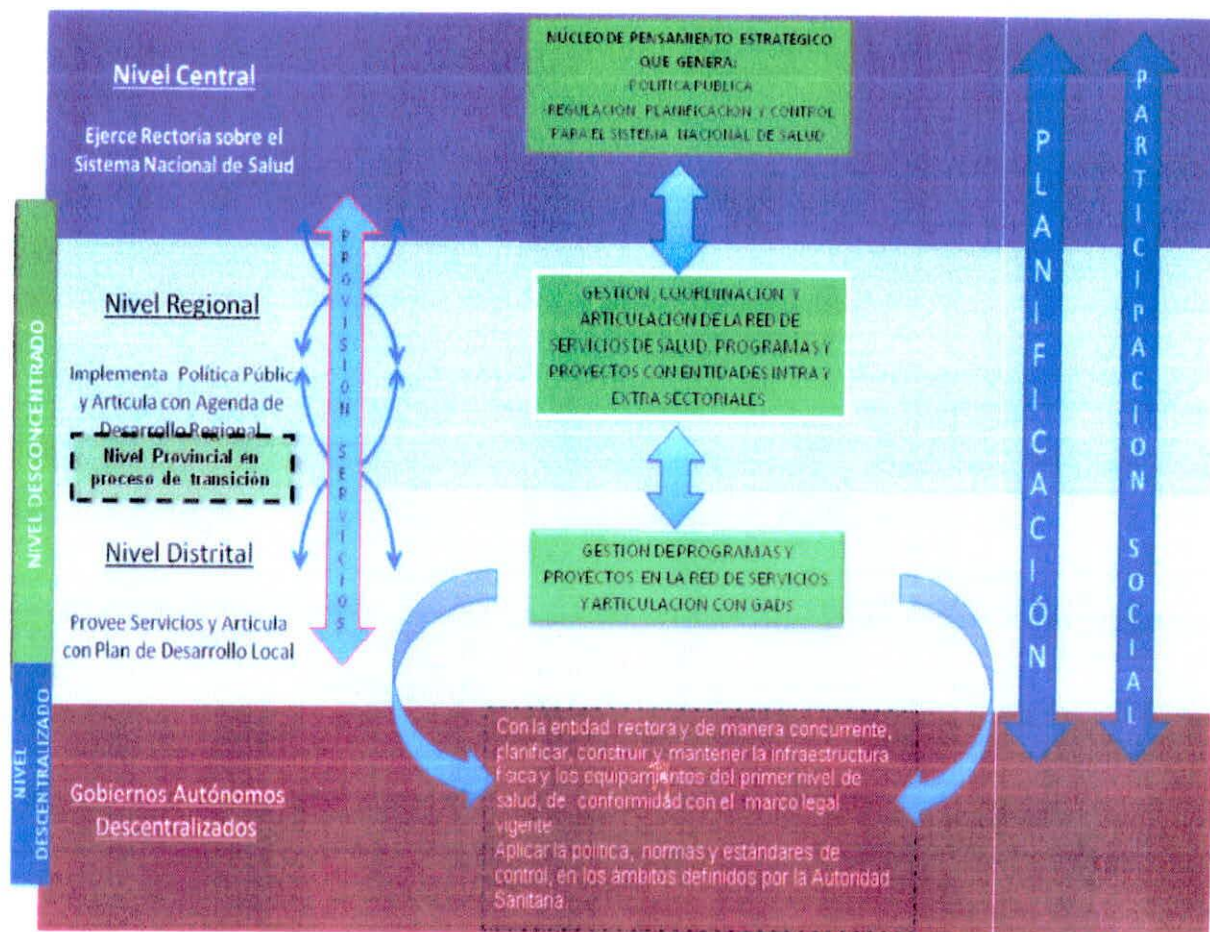
Roles y funciones de la gestión

Es necesario que exista claridad en la definición de roles de los diferentes niveles de trabajo.

NIVELES	ROLES
MSP -Nivel Central-	• Formula e implementa políticas y normas. • Regula y controla (evalúa, monitorea, coordina y sanciona) • Establece compromisos de gestión con las Direcciones Provinciales relacionados con la implantación y desarrollo del modelo
Direcciones Provinciales de Salud	Entidades provinciales de salud que implantan la norma emitida por el nivel central, conducen y planifican su red de servicios (direccionamiento estratégico) • Establecen acuerdos con la red de prestadores plurales para la consecución de las políticas nacionales. • Organizan las microrredes y redes provinciales de salud • Realizan seguimiento y evaluación de sus redes (productos, metas e indicadores) • Ejecutan controles de calidad (evaluación; auditoria médica, financiera y de actividades en terreno) • Centralizan información de la provincia y con ella mantienen y actualizan la sala situacional (línea de base, producción) • Asesoran y capacitan a su red de proveedores en función de las políticas nacionales y prioridades locales
Redes y Microrredes (Áreas de salud y Hospitales)	• Operativizan la implantación de la norma del nivel provincial, proveen servicios de salud de acuerdo a las normas y políticas nacionales, y las regulaciones provinciales establecidas a través de los compromisos de gestión: • Aplicación de instrumentos establecidos • Captación de riesgos • Actualización de la sala situacional local • Definición de estrategias locales de intervención • Elaboración del POA • Presentación de informes de avance y logros de sus procesos
Consejos Cantonales, Provinciales y Gobiernos Locales	• Definición de lineamientos y planes de intervención en base a las políticas nacionales establecidas por la autoridad sanitaria y necesidades locales • Control Social en Salud: veedurías ciudadanas • Recepción de quejas y denuncias • Complementación y canalización de recursos nacionales e internacionales

Lineamientos del Modelo de Gestión:

- Fortalecer la capacidad gerencial en los establecimientos de salud.
- Fortalecer la gestión de los servicios de salud con acciones integrales y efectivas, que faciliten el acceso a servicios de calidad, optimizando los recursos y promoviendo la participación ciudadana y el control social.
- Implementar instrumentos de gestión, que faciliten el manejo de los recursos humanos, financieros, materiales y tecnológicos.
- Facilitar la toma de decisiones efectivas basadas en un sistema de información confiable, transparente y oportuna.
- Evaluar periódicamente los cambios en la aplicación de la gestión de calidad.



Fuente: MSP 2009 Modelo de Gestión Salud

5.2.7 EL FINANCIAMIENTO

En un sentido estricto, el financiamiento se refiere a la movilización de dinero de fuentes primarias (hogares y empresas) y de fuentes secundarias (el gobierno en todos los niveles y los organismos internacionales), y a su acumulación en fondos reales o virtuales (por ejemplo, fondos para el aseguramiento público, presupuestos públicos para la atención a la salud, ahorros familiares), que pueden entonces ser asignados a través de diversos arreglos institucionales para la producción de servicios.

Siendo la única función del estado el establecimiento de un presupuesto que muchas ocasiones constituyó u aun constituyen en la actualidad, el todo para el funcionamiento del sector salud ecuatoriano, y latinoamericano que monto grandes infraestructuras para la prestación de los servicios a las grandes masas poblacionales

Mientras el modelo se mantuvo, aún cuando los fondos públicos observaban problemas ante un déficit creciente y un endeudamiento progresivo, la situación no cambiaba mucho, aunque sí se agravaba. Una de las primeras soluciones, con gran vigencia todavía, fue operar con márgenes cada más estrechos de financiamiento, así en el caso

ecuatoriano hemos visto pasar rápidamente la proporción presupuestaria del gobierno destinada a la salud a menos del 2% en los últimos años.

A medida que las fuentes públicas financiadoras evidenciaban su crisis, en el país fueron surgiendo una serie de fuentes alternativas que, aunque insuficientes y no siempre adecuadas, expresaban la necesidad de cubrir los espacios y falencias de todo orden que observaban los servicios de salud y, lo más grave aún, ponía en el escenario el hecho de que la apertura que brinda el mercado cuando existe una población desesperada por atención y debilitada en su nivel de exigencia exacerba un mercado poco transparente en el cual medran desde los estupendos profesionales/instituciones hasta mercaderes de la vida y de la muerte. Obviamente, condiciones poco claras de mercado han incidido en el hecho de que las familias ecuatorianas gasten más que antes en rubros de salud con un resultado no siempre óptimo.

El presupuesto debe ser calculado en base a los costos de inversión y de operación de los servicios de salud, con manejo de indicadores de calidad de gestión: clínica, administrativa y financiera, orientado a estándares nacionales y locales, consecuentemente debe enfocarse a la consecución de productos y resultados de calidad y de acuerdo a la programación que correlacione la disponibilidad actual y potencial de la oferta y la demanda de la población, sentida y detectada, que sean consecuencia de procesos eficientes. Debido a que la red de servicios públicos y privados es utilizada por los diversos segmentos de usuarios sin discriminación ni control alguno, ocasionando la sobreutilización de unos y la subutilización de otros, por lo que es necesario que el presupuesto público de la salud deba ser focalizado hacia los más pobres, que son quienes no pueden acceder a los servicios de salud y que se implementen políticas de tarifas y exoneraciones para cumplir con los principios de equidad y universalidad en salud.

También se debe considerar que la programación técnica y financiera en nuestro país no ha previsto, o lo ha hecho en forma reducida, los gastos de mantenimiento de la infraestructura física y del equipamiento de los servicios de salud, además de que no ha incluido la depreciación de estos bienes y su restitución periódica luego de cumplir su vida útil.

En Ecuador, la Constitución actual incluye varios artículos relacionados con el tema de financiamiento en salud.

En el Art. 366 establece que los recursos deberán "provenir de fuentes permanentes del Presupuesto General del Estado" y que se distribuirán con base en criterios demográficos y epidemiológicos. Además, define el tipo de instituciones que pueden recibir fondos del Estado.

En el Art. 298 se asignan preasignaciones presupuestarias al sector salud, lo que garantizaría la disponibilidad de recursos para financiar una red pública de servicios en el contexto de la Transformación Sectorial.

Adicionalmente, la Transitoria 22 especifica el porcentaje del PIB asignado para salud, 4% y su incremento anual, lo que representaría alrededor de USD 240 millones más cada año.

5.3 ESTRATEGIAS GENERALES PARA LA APLICACIÓN Y DESARROLLO DEL MODELO DE ATENCION

- a. Capacitación constante del personal, asesoría e intercambio de experiencias.
- b. Desarrollo de equipos multiprofesionales de salud con una visión holística: médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería como el equipo básico de salud EBAS, de atención primaria con el apoyo de promotores de salud, y de la comunidad organizada.
- c. Utilización de la ficha familiar para determinar el tipo de riesgos y estado de salud de las personas, ambiente y las posibilidades de intervenir.
- d. Educación comunitaria y transferencia de conocimientos básicos sanitarios. Los promotores asegurará un mejor estado de salud colectiva, reducción de la morbilidad y mortalidad y una mayor cobertura de los servicios de salud, fortaleciendo el sistema de referencia y contrarreferencia.
- e. Actualización e innovación de conocimientos y procedimientos médicos, instrumentales, diagnósticos y terapéuticos, sustentados científicamente (medicina basada en evidencias).
- f. Provisión, almacenamiento, distribución, prescripción y uso racional de medicamentos esenciales y genéricos con participación y veeduría ciudadana (Iniciativa Bamako 2).
- g. Vigilancia en salud que incorpora acciones, en lo ambiental, Sanitario, y epidemiológico.
- h. Reestructuración de los programas de salud pública, los cuales deben ser horizontales, integrales, integrados, interculturales con enfoque en el ciclo de vida.
- i. Control de la gestión en función de productos, actividades, metas e indicadores que permitan una evaluación sistemática de cada uno de los procesos y subprocesos
- j. Control social a través de la veeduría ciudadana y coparticipación en la atención y en la gestión de los servicios de salud.
- k. Coordinación de las diversas fuentes de cooperación técnica y financiera nacional e internacional para el desarrollo de programas y proyectos integrales, integrados e interculturales dentro del modelo de atención.

5.4 OPERATIVIDAD DEL MODELO DE ATENCIÓN

Aplicación del modelo de atención integral de salud (MAIS), familiar, comunitario e intercultural

A. *Definición de los Sistemas Locales de Salud y su Red Local, Cantonal y Provincial de Servicios.*

- ✓ Identificación y localización de los distintos proveedores. Articulación funcional sobre la base de principios, políticas, objetivos y normas comunes, en base al Plan Integral de Salud.
- ✓ Desarrollo y fortalecimiento de microrredes y redes descentralizadas bajo una normativa nacional y acuerdos de gestión. Las Redes y Microrredes despliegan actividades de Atención, Prevención y Promoción de la Salud bajo un Sistema de Referencia y Contrarreferencia concertado mediante un Plan Estratégico y Operativo
- ✓ La gerencia de las redes y microrredes reorientando sus actividades administrativas y de producción de servicios de salud, considerándolas conceptualmente como sistemas locales de salud.

B. *Distribución del Talento Humano según localidades y poblaciones sin cobertura*

- ✓ Identificar zonas y poblaciones sin servicios por falta de personal de salud. Se considera 1 Equipo Básico de Atención en Salud **EBAS** para 1000 familias (5.000 personas) en el área urbana; y un (EBAS) para 600 familias (3.000 personas) en el área rural.
- ✓ Garantizar el acceso de toda la población al conjunto de prestaciones de prevención y promoción de la salud, curación y rehabilitación, en el marco de los objetivos del Modelo de Atención Integral y en función del territorio asignado, se organiza equipos de salud que ofertan acciones ambulatorias en las unidades operativas de la red, pero asimismo visitas domiciliarias y brigadas itinerantes con similares objetivos.

C. *Conducción estratégica y planificación*

- ✓ Desarrollo de una militancia responsable en salud que incorpore, en su pensamiento y quehacer cotidianos, a la salud como un derecho de los hombres y mujeres de nuestro territorio, que genere espacios de participación y equipos institucionales democráticos en la toma de decisiones y el cumplimiento de sus responsabilidades.
- ✓ El territorio ha de ser visto no solamente como una situación geopolítica, sino como un espacio donde viven sujetos sociales, actores con una historia y culturamilenaria, con mucha capacidad de actuar y transformar su realidad.

- ✓ Buscar reorientar la actividad de administración de la producción de servicios de salud, en la gerencia de las redes y microrredes, considerándolas conceptualmente como sistemas locales de salud.
- ✓ Con base en el conjunto de prestaciones del MSP (aprobado por el CONASA para todo el sector salud del país), el análisis de situación de salud local y los recursos disponibles en las redes y microrredes de los servicios locales (Áreas de Salud), cantonales y provinciales, los actores del sector identifican y priorizan las necesidades de salud a ser atendidas, escalonando la oferta en los distintos niveles de atención.

D. Diagnóstico familiar:

- ✓ Cada equipo organiza en su territorio la aplicación de la ficha familiar estandarizada con el apoyo de agentes o promotores comunitarios. Este diagnóstico le permitirá identificar las necesidades y riesgos específicos de su población asignada priorizar y programar las atenciones teniendo a la familia, comunidad y entorno como unidad de análisis.

E. Programación y localización de riesgos:

- ✓ Ubicará los riesgos en el mapa parlante y dispondrá de información para la programación de las actividades del equipo, sean en la unidad operativa, visitas domiciliarias, actividades educativas, actividades comunitarias o visitas itinerantes a las comunidades, reuniones con las organizaciones locales y líderes. En el croquis del territorio se identificará las familias en riesgo, niños con esquema de vacunación incompleto, desnutridos, embarazadas, adultos mayores en riesgo, riesgos ambientales, entre otros. Principales problemas de salud agudos, crónicos con deficiencia o discapacitados.

5.5 PRIMEROS RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACION DEL NUEVO MODELO DE ATENCION

Políticas para la dotación de RH

- Condición socioeconómica de la población (parroquias en quintiles 1 – 2 de pobreza).
- Recursos humanos existentes en las mismas (Médico, enfermera, odontólogo, obstetriz, auxiliar de enfermería. Fuentes: distributivos de los diferentes regímenes legales, aproximación de la realidad en el nivel local).
- Población de la parroquia (Número - Dispersión).

- Distancia de las unidades de salud y de las parroquias hacia las unidades de mayor complejidad (Jefaturas de Área, Hospitales).

En base a este análisis se definió que se debía implementar así

- 1 EBAS por cada 1.000 familias a nivel urbano.
- 1 EBAS por cada 600 familias a nivel rural.

El Ecuador necesita: **9.749** equipos para el área urbana y **6.950** para el área rural

PRIMEROS RESULTADOS EN EL PRIMER AÑO DE APLICACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN: BENEFICIARIOS DIRECTOS POR TIPO DE LOCALIDAD

Sector Rural

700 equipos X 3.000 personas = 2.1 millones de personas beneficiadas (600 familias por equipo).

Sector Urbano

300 equipos X 5.000 personas = 1.5 millones de personas beneficiadas (1000 familias por equipo).

TOTAL PERSONAS BENEFICIADAS: 3.6 millones de beneficiarios

FUENTE: Conferencia Magistral: ASIGNANDO NUEVO PERSONAL PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA: ESTRATEGIAS, METODOS Y PROBLEMAS; Eduardo Puente Páez: DIRECTOR NACIONAL DE R.H. DEL MINISTERIO DE SALUD, Nov-2008

Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria
Totales por Provincia
EBAS CONFORMADOS PERIODO JULIO 2008 A JUNIO 2009

PROVINCIA	No de EBAS CONFORMADOS	No de Unidades Operativas
AZUAY	65	65
BOLIVAR	55	55
CAÑAR	66	66
CARCHI	52	47
COTOPAXI	27	6
CHIMBORAZO	80	80
EL ORO	156	83
ESMERALDAS	101	75
GUAYAS	194	158
IMBABURA	89	63
LOJA	110	93
LOS RIOS	115	52
MANABI	195	139
MORONA SANTIAGO	45	45
NAPO	54	32
PASTAZA	31	31
PICHINCHA	175	105
TUNGURAHUA	47	42
ZAMORA CHINCHIPE	55	55
SUCUMBIOS	20	17
FRANCISCO DE ORELLANA	61	32
TOTAL	1793	1341

FUENTE: SEPSS-MSP 06/2009 Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria
Totales por Provincia

En el cuadro podemos observar que en la provincia del Guayas existen 194 EBAS conformados, que están distribuidos en 158 unidades operativas de la provincia (centros, subcentros, hospitales básicos)

6. METODOLOGÍA

Este estudio se realizó con la ejecución de un taller participativo donde asistieron Jefes de Área y coordinadores de los EBAS correspondiente a las áreas urbanas (centro y periferia marginales) y las áreas rurales de la provincia del Guayas, el mismo que se desarrolló en la DPS del Guayas bajo el auspicio del Director Provincial de Salud y la supervisión del Tutor del presente trabajo de investigación y evaluación.

La gran variabilidad étnica y cultural de la zona de estudio determinará las variables que se incluirán y la aplicación de las políticas sociales que en este estudio se generen.

6.1. TIPO DE ESTUDIO

El estudio es de carácter descriptivo no intervencional.

6.2. FUENTES

- **Fuentes Primarias.**
 - ✓ Los Jefes de las Áreas de Salud del Guayas (urbanas y rurales)
 - ✓ Los coordinadores de los EBAS de cada área de salud (urbanas y rurales)
 - ✓ Funcionarios del nivel central del MSP.
- **Fuente Secundaria.**
 - ✓ Páginas Web: Modelo gestión, Modelo de atención en salud, la OPS, y Manual del Modelo de Gestión (MSP). EBAIS Costa Rica, EBAS Ecuador.

6.3. VARIABLES

- Identificar logros y problemas en la implantación del modelo de atención/gestión familiar y comunitario.
- Identificar los aspectos positivos y negativos de: Medicamentos genéricos.
- Evaluar el avance en los objetivos del MAIS.
- Evaluar la disponibilidad de Recursos Humanos.
- Evaluar el Financiamiento.
- Elaborar un FODA de la implantación/ejecución del modelo de salud familiar, comunitaria e intercultural

6.4. MATERIALES Y MÉTODOS

6.4.1. Materiales

Información que sea proporcionada tanto por cada uno de los Jefes las Áreas de Salud del Guayas así como por los coordinadores de los EBAS de cada una de esas áreas.

También utilizaremos información existente sobre el MAIS en los archivos de la SEPPS – MSP (talleres, encuestas, análisis, textos, portales en internet)

6.4.2. Métodos

- Taller a los Jefes de cada una de las Áreas de Salud urbanas y rurales de la provincia del Guayas, y coordinadores de los EBAS.
- Encuestas a funcionario del MSP.
- Tabulación de la información y un análisis de la misma

6.5. POBLACIÓN

La Provincia del Guayas cuenta con 28 Jefaturas de Áreas, divididas en 12 Áreas urbanas y 16 Áreas rurales; quedan a cargo una población de 3'432.447 habitantes.

6.6. MUESTRA

Para evaluar las diversas variables de aplicación del MAIS hemos escogido la provincia del Guayas.

6.6.1 Tamaño de la Muestra

Las 28 Áreas Urbanas y Rurales de Salud de la provincia del Guayas.

6.6.2 Muestreo

El tipo de muestreo que utilizaremos en este trabajo es aleatorio simple dirigido a Jefes de Áreas de Salud del Guayas y coordinadores de los EBAS.

7. TALLER Y ENCUESTA

Se estableció que la muestra sería más relevante si tomamos las cotizaciones de los coordinadores y jefes de área, por ser los responsables de las metas fijadas para la aplicación del modelo de gestión intercultural teniendo como herramienta para su cumplimiento al equipo básico de salud.

La información obtenida en el taller y la encuesta aplicada a los jefes de áreas de salud coordinadores de EBAS de la provincia del Guayas y directores de planta central, nos especifica los logros, problemas, entre otros aspectos como el uso de los medicamentos genéricos siendo los más relevantes lo que detallamos a continuación

Logros:

La APS soluciona el 80% de los problemas de salud, por tanto evita complicaciones y conlleva ahorro de recursos en otros niveles de atención pero sobre todo mejora la calidad de vida de la población. Desde el año 2007 en el Ecuador se dio una fuerte inversión en salud. Con la atención básica implementada a través de los EBAS, se avanza al uso racional de los servicios, procurando la estructuración de redes de atención en el contexto de una planificación hacia la construcción de una red pública y complementaria de salud acorde al proceso de TSS.

Implica la solución de los problemas de salud en las propias comunidades, acorde las necesidades locales en el contexto familiar (ficha familiar con identificación de riesgos) y comunitario que lleva explícito el soporte de las propias redes sociales.

Con la implementación del modelo de atención se incrementaron los RRHH en salud, mejorando la respuesta estatal a las necesidades de una amplia población ecuatoriana con poco o ninguna capacidad de pago.

En la atención especializada

Existió un fuerte financiamiento para la rehabilitación de los servicios de salud logrando un mejoramiento importante en red de servicios del MSP tanto en infraestructura (construcciones y adecuaciones) como en atención. Las redes de salud pública y complementaria (convenios con JBG, SOLCA, MIES, PPS, etc.) ha sido un logro importante a la luz de mejorar el acceso a salud y un mayor compromiso en el entendimiento interinstitucional de cooperación y suma de esfuerzos.

Además en el contexto del trabajo de los EBAS, se logró la atención de un significativo número de casos represados y totalmente excluidos del sistema de salud que lograron atención. La medicación para APS se ha extendido gratuitamente de manera progresiva para 2do y 3er nivel, con una cobertura alcanzada hasta el momento de un 80% al 90%.

Promoción de la Salud

Se consolidan intervenciones en promoción de salud que dan coherencia al discurso de "atención integral". Con el desarrollo de procedimientos para orientar de manera sostenida el vínculo entre la salud y participación social.

Problemas:

Atención Básica

Aún no se logra cubrir al 100% de la población priorizada particularmente rural (proceso progresivo) y los EBAS tuvieron problemas en los procesos de contratación. Por otro lado, los procesos de orientación para el trabajo no estuvieron adecuadamente ligados a la gestión del MSP en todas las líneas prioritarias de atención. En algunos lugares los EBAS tuvieron que cubrir necesidades intramurales en diversas áreas de salud, abandonando así su actividad directa comunitaria.

Atención especializada

El estado de deterioro de la red de servicios de salud luego de décadas de falta de inversión para su mantenimiento o fortalecimiento hace que la tarea todavía sea un reto inmenso para el MSP. A eso se suma la cultura institucional de los algunos profesionales y personal de apoyo paramédico y administrativo acaparado con el Código del Trabajo que dificulta el proceso de mejoramiento esperado.

Promoción de la Salud

La promoción de la salud a pesar de ser un fuerte mandato constitucional no es visualizada en su amplio concepto (la nueva salud pública).

El equipo de salud en los diferentes niveles de gestión del MSP es limitado y sin un adecuado posicionamiento para su desarrollo a pesar de los importantes avances alcanzados.

Participación social

Proceso aún en construcción en el quehacer del MPS. Las experiencias en la aplicación, son un esfuerzo fragmentado a veces aislado que no se lo ha capitalizado. Sin embargo aún no existen los lineamientos estratégicos para su amplio desarrollo.

Medicamentos genéricos

El MSP adquiere medicamentos genéricos acorde al mandato legal y reglamentos establecidos para tal fin, con las excepciones del caso (productos patentados o en casos de emergencias específicas).

La provisión de medicamentos gratuitos es una aspiración de alta relevancia para garantizar el acceso a salud. Se encuentra en un proceso progresivo de extensión de la gratuidad total, en el segundo y tercer nivel de complejidad se beneficia de los medicamentos adquiridos en este primer paso de garantizar la gratuidad en la atención básica.

Preocupa en los concursos para la adquisición de medicamentos las dudas que salen de los propios profesionales sobre la calidad de los mismos, a pesar de que para su adquisición se vela porque cumplan con todos los requisitos establecidos por ley.

1. Avance en los objetivos del modelo de gestión

En el proceso de TSS hay logros que implican la definición y aprobación del proceso de nuevo modelo de gestión. El MSP marca avance importante en la desconcentración y estructuración de redes (áreas de salud, ligadas a segundo y tercer nivel, sin que funcione realmente el sistema de referencia y contrareferencia de manera adecuada.

La desconcentración (autonomía) incorpora procesos en los que la equidad es un denominador para la gestión, pero en este contexto es mandatorio impulsar la atención integrada y desarrollar lineamientos, estrategias para atender las diversidades de género, intergeneracional, económica e incluyendo las capacidades diferentes o discapacidades, entre otras. Estos abordajes, sin lugar a dudas apuntan a mejorar la calidad y calidez en la atención en salud.

2. RRHH

El MSP no cuenta aún con un proceso de gestión de recursos humanos, lo que existe es administración (poco eficiente). El concepto de gestión de RRHH, esta también ligado al concepto de carrera sanitaria y es parte del proceso de Transformación Sectorial del Sector Salud (TS§).

Lo negativo de los EBAS en la sostenibilidad del proceso en un marco de planificación es la carencia de un proceso continuo de evaluación que mida el impacto y resultados de la gestión (Ej. medir egresos hospitalarios por diarreas da cuenta de lo efectivo o no de la APS).

3. Financiamiento

Existe mejor coordinación en la planificación presupuestaria del MSP el cual es monitoreado a través de los indicadores de los proyectos de inversión siendo su meta final el aporte al desarrollo local con inversión social.

4. FODA

Fortalezas: Apoyo institucional y real.

Debilidades: Sostenibilidad del proceso ligado al periodo de gobierno y al presupuesto del ministerio

Oportunidades: Gestión en MSP sostenida y con continuidad, reforma democrática del Estado,

Amenazas: RRHH resistencia al cambio malla curricular con enfoque a la atención primaria. No existe formación para el equipo respecto a sus competencias

TALLER # 1

EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACION Y OPERACIÓN DEL MODELO DE SALUD FAMILIAR, COMUNITARIA E INTERCULTURAL COMUNITARIO EN LA PROVINCIA DEL GUAYAS

1. Señalar los principales logros y problemas en la implantación en el modelo de atención/gestión y comunitario en los siguientes componentes:

A nivel de áreas de salud

- a) Atención básica (lamina 7)
- b) Atención especializada (lamina 8)
- c) Promoción de la salud (lamina 9)
- d) Participación social

2. Medicamentos genéricos: Aspectos positivos y negativos.

3. A nivel provincial y nacional evaluar el avance en los objetivos del modelo de gestión (laminas 10 y 11)

4. Recursos humanos

- a) Identificar y hacer una lista de aspectos positivos y negativos en relación con la organización y gestión de los RRHH a nivel nacional y provincial.

- b) Identificar y hacer una lista de aspectos positivos y negativos en relación con los EBAS.

5. Financiamiento: Identificar y hacer una lista de aspectos positivos y negativos.

6. Elaborar un FODA de la implantación /ejecución del modelo de salud familiar, comunitaria e intercultural.

¡Muchas gracias por su participación!

8. RESULTADOS Y ANALISIS

1) IMPLANTACION DEL MODELO DE ATENCIÓN.

MODELO DE ATENCIÓN	LOGROS	PROBLEMAS
A. ATENCIÓN BÁSICA	▪ Delimitación ▪ Conformación EBAS ▪ Ficha Familiar ▪ IMPAS ▪ Presentación y procesos	▪ Redes y micro redes no estructuradas
B. ATENCION ESPECIALIZADA		
C. PROMOCIÓN DE SALUD		
D. PARTICIPACIÓN SOCIAL		

2) MEDICAMENTOS GENÉRICO.

POSITIVOS	NEGATIVOS
▪ Contribuyen al modelo de Atención ▪ Facilita la gratuidad de la entrega a todos los usuarios ▪ Diversidad de los mismos ▪ Stock suficiente ▪ Unificación de prescripciones	▪ Resistencia al uso por parte de médicos y usuarios ▪ Limitación de la entrega de tratamientos completos

3) AVANCE DE LOS OBJETIVOS DEL MODELO DE ATENCIÓN.

PROVINCIAL	NACIONAL
▪ Fortalecer la capacidad gerencial ▪ Fortalecer la gestión ▪ Facilitar la toma de decisiones	▪ Resistencia al uso por parte de médicos y usuarios ▪ Limitación de la entrega de tratamientos completos

4) RECURSOS HUMANOS.

	POSITIVOS	NEGATIVOS
4.a. RRHH	▪ Incremento de RRHH	▪ Selección del RRHH no basada en competencias. ▪ Clientelismo en la contratación ▪ Multiplicidad de actividades
4.b. EBAS	▪ Llegada a la comunidad ▪ Mejora la relación médico-paciente ▪ Aumento de la demanda, la confianza del usuario en las unidades ▪ Mejoraron las coberturas. ▪ Detección temprana de problemas de salud	▪ Falta de motivación ▪ Ausencia de monitoreo y evaluación

5) FINANCIAMIENTO.

POSITIVOS	NEGATIVOS
▪ Mejoras salariales ▪ Puntualidad en el pago ▪ Sostenibilidad del modelo ▪ Equipamiento de unidades ▪ Mejoramiento estructural	▪ Remuneraciones no equiparadas ▪ Diferentes modalidades contractuales de los profesionales. ▪ Discriminación salarial al personal administrativo.

6) IMPLANTACIÓN /EJECUCIÓN DEL MODELO DE SALUD FAMILIAR, COMUNITARIA E INTERCULTURAL.

FORTALEZAS	▪ El EBAS que ha trabajado dentro de una delimitación geográfica ha logrado realizar el diagnóstico y el análisis de la situación de salud de dicha área ▪ Financiamiento del nuevo Modelo la sostenibilidad del programa ▪ Estructura organizacional, funcional y financiera ▪ Voluntad política ▪ Gratuidad
OPORTUNIDADES	▪ Financiamiento de organismos internacionales ▪ Existencia de Modelos referenciales
DEBILIDADES	▪ Posicionamiento por parte de los actores ▪ Inseguridad laboral y social ▪ Capacitación, monitoreo y evaluación
AMENAZAS	▪ Cambios de los objetivos del programa ▪ Insostenibilidad del financiamiento del proyecto

9. CONCLUSIONES

- 1) Con la implementación del modelo de atención se incrementaron los RRHH en salud, mejorando la respuesta estatal a las necesidades de una amplia población ecuatoriana con poco o ninguna capacidad de pago
- 2) Con la atención básica implementada a través de los EBAS, se avanza al uso racional de los servicios, estando en proceso la estructuración de redes de atención en el contexto de una planificación hacia la construcción de una red pública y complementaria de salud acorde al proceso de TSS.
- 3) Existió un fuerte financiamiento para la rehabilitación de los servicios de salud logrando un mejoramiento importante en red de servicios del MSP tanto en infraestructura (construcciones y adecuaciones) como en cobertura y atención.
- 4) No se reconocen a los sistemas médicos como complejos modelos de pensamiento y conducta, los cuales constituyen respuestas culturales al fenómeno universal de la enfermedad.
- 5) Deficitarios procesos de comunicación entre pacientes y profesionales, fenómeno que no sólo involucra al lenguaje como acto comunicativo sino también al conocimiento de los protocolos de relación cultural y social de los pacientes.
- 6) En el contexto de salud intercultural, es necesario reconocer la autonomía de los pacientes y a su derecho a decidir libre e informadamente en el marco de la cultura propia.
- 7) Aún no se logra cubrir al 100% de la población priorizada (quintiles 4 y 5)
- 8) No se ha logrado consdidar intervenciones en promoción de salud que den coherencia al discurso de "atención integral".
- 9) En cuanto a la participación social es un proceso aún en construcción en el quehacer del MPS. Las experiencias en la aplicación, son un esfuerzo fragmentad a veces aislado que no se lo ha capitalizado.
- 10) La provisión de medicamentos gratuitos es una aspiración de alta relevancia para garantizar el acceso a salud. Se encuentra en un proceso progresivo de extensión de la gratuidad total
- 11) Las redes de salud pública y complementaria (convenios con JBG, SOLCA, MIES, PPS, etc.) ha sido un logro importante a la luz de mejorar el acceso a salud y un mayor compromiso en el entendimiento interinstitucional de cooperación y suma de esfuerzos, especialmente en la cobertura de enfermedades catastróficas.

- 12) Los EBAS tuvieron problemas en los procesos de contratación. Los procesos de orientación para el trabajo no estuvieron adecuadamente ligados a la gestión del MSP en todas las líneas prioritarias de atención. En algunos lugares los EBAS tuvieron que cubrir necesidades intramurales en diversas áreas de salud, abandonando así su actividad directa comunitaria.
- 13) Es necesario señalar que debió existir una mejor difusión y acceso a los datos de implementación de los EBAS, en cuanto a la inversión y productividad de los mismos, pues recién se está realizando la recopilación de información para contar con un banco de datos a nivel provincial y nacional, lo que ha hecho difícil el obtener una muestra adecuada para la elaboración de este documento.
- 14) El MSP no cuenta aún con un proceso de gestión de recursos humanos, lo que existe es administración (poco eficiente).
- 15) La sostenibilidad del proceso desarrollado por los EBAS en un marco de planificación, carece de un proceso continuo de evaluación que mida el impacto y resultados de la gestión.

10. RECOMENDACIONES

- ✓ Fortalecer la Rectoría de la Autoridad Sanitaria mediante la formulación y aplicación de Políticas, Normas, Procesos y Procedimientos
- ✓ Implementar métodos de control, monitoreo y evaluación del Sistema Nacional de Salud, con participación social.
- ✓ Fortalecer la Red Pública de Servicios de Salud en función del Modelo de Atención, con énfasis en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, con base en la atención primaria, familiar, comunitaria e intercultural.
- ✓ Reforzar los procesos de Vigilancia de la Salud Pública y Control Sanitario en Salud.
- ✓ Fortalecer el proceso de vigilancia y control de la producción, importación, comercialización, distribución y uso de medicamentos.
- ✓ Controlar la prescripción y dispensación obligatoria de medicamentos genéricos en los servicios de salud públicos por medio de la receta única del Sistema Nacional de Salud.
- ✓ Impulsar la protección y uso apropiado de los recursos fitoterapéuticos existentes en el país, reconociendo los conocimientos ancestrales.
- ✓ Promover espacios laborales favorables para la vida, libres de contaminantes físicos, químicos y biológicos, de estrés, fatiga, monotonía y hacinamiento.
- ✓ Informar, educar, comunicar y preparar a la población en la adopción de hábitos alimentarios saludables que permitan mejorar y cuidar su salud, respetando la diversidad cultural.
- ✓ Fortalecer el licenciamiento obligatorio de las Unidades de Salud como mecanismo para mejorar la calidad de los servicios.
- ✓ Continuar incrementando la formación de EBAS, con la inclusión de un modelo de gestión por resultados.

11. BIBLIOGRAFÍA

- Altimir, O. 1996. *Economic Development and Social Equity: A Latin American*. Morley, 1995; Londoño, 1995; Deininger y Squire, 1996 Modelos de salud en América Latina.
- Conferencia Magistral: ASIGNANDO NUEVO PERSONAL PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA: ESTRATEGIAS, METODOS Y PROBLEMAS. Eduardo Puente Páez. DIRECTOR NACIONAL DE R.H. DEL MINISTERIO DE SALUD, Nov-2008
- ISALUD. Panorama de la exclusión de la protección social de la salud en América Latina y el Caribe. Informe de investigación. Buenos Aires: ISALUD; 1999.
- ISALUD-Organización Panamericana de la Salud. Reforma de los sistemas de salud en América Latina. Informe de investigación. Buenos Aires: ISALUD; 1998.
- Ministerio de Salud Pública: MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD FAMILIAR, COMUNITARIO E INTERCULTURAL; Junio 2008
- Musgrove P. Public and private roles in health. World Bank Discussion Papers n° 339. Washington, D.C.: World Bank; 1996.
- Organización Mundial de la Salud 2008: Modelo de Atención de Salud Promoción de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. 2008: Promoción de la Salud; OPS 2005: Participación Social.
- Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina Juan Luis Londoño y Julio Frenk
- PROYECTO ANÁLISIS Y PROMOCIÓN DE POLÍTICAS DE SALUD: "ESTUDIO DE FINANCIAMIENTO DE SALUD EN EL ECUADOR" SEGMENTO : GASTOS DE LOS HOGARES EN SALUD. ESFINSA 1996; Dr. Nelson G. Oviedo V.: DIRECTOR EJECUTIVO; Dr. Francisco Vallejo F.: COORDINADOR DEL PROYECTO; Econ. Catón Olmedo T.: DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN.
- Revista Panamericana de Salud Pública. Publica vol.9 no.6 Washington June 2001. Las reformas sanitarias y los modelos de gestión.
- Tobar F. La reinención de los servicios públicos de salud. Tesis de doctorado. Universidad del Salvador. Buenos Aires. 2000. Documento mimeografiado.
- Vicente Ortún Rubio. Innovación en sanidad. En: Meneu R, Ortún Rubio V (ed.) Política y gestión sanitaria: la agenda explícita. Barcelona: Asociación de Economía de la Salud; 1996.
- 4to Congreso por la Salud y la Vida. Loja 2009: Edmundo Granda Ugalde; Ejes de la Transformación Sectorial de Salud en el Ecuador. Dr. Benjamín Puertas Donoso.