



REGISTRO OFICIAL

ÓRGANO DEL GOBIERNO DEL ECUADOR

Administración del Sr. Ec. Rafael Correa Delgado
Presidente Constitucional de la República

EDICIÓN ESPECIAL

Año II - Nº 348

**Quito, jueves 6 de
agosto del 2015**

Valor: US\$ 5.00 + IVA



Ministerio de Salud Pública



ING. HUGO DEL POZO BARREZUETA
DIRECTOR

Quito: Avenida 12 de Octubre
N23-99 y Wilson

Edificio 12 de Octubre
Segundo Piso
Telf. 2901 – 629

Oficinas centrales y ventas:
Telf. 2234 - 540
3941-800 Ext. 2301

Distribución (Almacén):
Mañosca Nº 201 y Av. 10 de Agosto
Telf. 2430 - 110

Sucursal Guayaquil:
Malecón Nº 1606 y Av. 10 de Agosto
Telf. 2527 - 107

Suscripción semestral: US\$ 200 + IVA
para la ciudad de Quito
US\$ 225 + IVA para el resto del país

Impreso en Editora Nacional
160 páginas

www.registroficial.gob.ec

**Al servicio del país
desde el 1º de julio de 1895**

ACUERDO:

No. 00005169

APRUÉBASE Y AUTORÍZASE

LA PUBLICACIÓN DEL

DOCUMENTO

**“LINEAMIENTOS OPERATIVOS
PARA LA IMPLEMENTACIÓN
DEL MAIS Y RPIS”**

No. 00005169

LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

Considerando:

Que, la Constitución de la República del Ecuador, en el artículo 3, numeral 1, atribuye como deber primordial del Estado garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en ella y en los instrumentos internacionales, en particular la salud entre otros;

Que, la citada Constitución de la República del Ecuador, en el artículo 32, dispone que: “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.”;

Que, la Norma Suprema, en el artículo 361, ordena al Estado ejercer la rectoría del Sistema Nacional de Salud, a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, atribuyéndole la responsabilidad de formular la política nacional de salud, y de normar, regular y controlar todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector;

Que, la Ley Orgánica de Salud en el artículo 4, prescribe que la Autoridad Sanitaria Nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de dicha Ley; siendo las normas que dicte para su plena vigencia obligatorias;

Que, la Ley Ibídem, en el artículo 6, señala que es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública (...) “34. Cumplir y hacer cumplir esta Ley, los reglamentos y otras disposiciones legales y técnicas relacionadas con la salud”;

Que, con Decreto Ejecutivo No. 1272 de 22 de agosto de 2012, el señor Presidente Constitucional de la República del Ecuador, designó a la magíster Carina Vance Mafla, como Ministra de Salud Pública, ratificando su nombramiento a través del Decreto Ejecutivo No. 2 de 24 de mayo del 2013;

Que, con Acuerdo Ministerial No. 00004520 de 13 de noviembre de 2013, se emite el Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Proceso del Ministerio de Salud Pública, mismo que establece que la Dirección Nacional de Normatización tiene como misión: “Desarrollar y definir todas las normas, manuales, protocolos, guías y otras normativas relacionadas a la gestión de la salud, a fin de que el Ministerio ejerza la

rectoría sobre el Sistema Nacional de Salud, garantizando la calidad y excelencia en los servicios; y, asegurando la actualización, inclusión y socialización de la normativa entre los actores involucrados”; y,

Que, constituyese una prioridad para los procesos de implementación del Modelo de Atención Integral y de la Red Pública Integral de Salud que se expidan las guías, indicaciones e instrumentos que deben implementarse en los diferentes distritos del Sector Salud a nivel nacional.

En ejercicio de las atribuciones legales concedidas por los artículos 151 y 154, numeral 1 de la Constitución de la República del Ecuador y por el artículo 17 del Estatuto del Régimen Jurídico y Administrativo de la Función Ejecutiva.

Acuerda:

Art. 1.- Aprobar y autorizar la publicación del documento: “**LINEAMIENTOS OPERATIVOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MAIS Y RPIS**”, elaborada por la Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud, en coordinación con la Dirección Nacional de Normatización.

Art. 2.- Disponer que el documento: “**LINEAMIENTOS OPERATIVOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MAIS Y RPIS**”, sea aplicado a nivel nacional, como una normativa de carácter obligatorio para el Sistema Nacional de Salud (Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria).

Art. 3.- Publicar el citado documento en la página web del Ministerio de Salud Pública.

Art. 4.- De la ejecución del presente Acuerdo Ministerial, que entrará en vigencia a partir de la fecha de su publicación en el Registro Oficial, encárguese a la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud y a la Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud.

Dado en el Distrito Metropolitano de Quito, a 19 de septiembre de 2014.

f.) Carina Vance Mafla, Ministra de Salud Pública.

Es fiel copia del documento que consta en el archivo de la D.N. Secretaría General, al que me remito en caso necesario.- Lo certifico.- Quito, a 21 de octubre de 2014.- f.) Ilegible, Secretaría General, Ministerio de Salud Pública.

Ministerio de Salud Pública

Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud
Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud
Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud
Av. República de El Salvador No. 36-64 y Suecia
Quito – Ecuador
Teléfono: 593-2 381-4400
www.msp.gob.ec

En estos Lineamientos Operativos para la Implementación del MAIS y la RPIS se reúnen un conjunto de afirmaciones, desarrolladas de manera sistemática para apoyar y orientar

en la organización de los distritos y zonas de salud, que se corresponden con Microredes Distritales y Redes Zonales respectivamente, incluyendo los anexos que recopilan las directrices y herramientas técnicas de organización por procesos, las estrategias de sensibilización y comunicación, articulación intersectorial e interinstitucional, y el funcionamiento en red del Sistema Nacional de Salud

Publicado en mayo de 2014
ISBN xxx x xxxxxx xxx



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

Autoridades:

Mgs. Carina Vance Mafla
Ministra de Salud Pública

Dr. David Acurio Páez
Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud

Dra. Marysol Ruilova Maldonado
Viceministra de Atención Integral de Salud Pública

Dra. Verónica Espinosa Serrano
Subsecretaria Nacional de Gobernanza de la Salud Pública

Dra. Patricia Granja Hernández
Subsecretaria Nacional de Provisión de Servicios de Salud

Dr. Francisco Vallejo Flores
Subsecretario Nacional de Vigilancia de la Salud Pública

Esp. Ana Lucía Torres Castillo
Subsecretaria Nacional de Prevención, Promoción de la Salud e Igualdad

Dr. Patricio Costa Paladines
Subsecretario Nacional de Garantía de Calidad de los Servicios de Salud

Dr. Julio López Marín
Director Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud

Como citar esta obra:

Ecuador, Ministerio de Salud Pública. Lineamientos Operativos del Modelo de Atención Integral en Salud y de la Red Pública Integral de Salud. Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud, MSP, 1ª Edición, Quito, Ecuador, 2014. Disponible en: <http://www.salud.gob.ec>

Edición General:

Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria en Salud.

Dra. Diana Molina Yépez, Analista de la Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria en Salud

Dra. Nilda Villacrés Avilés, Asesora Ministerial.

Revisión General

Dr. Julio López Marín, Director Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria en Salud

Equipo de redacción

Dra. Patricia Costales Paredes, Asesora Ministerial, MSP

Dra. Nilda Villacrés Avilés, Asesora Ministerial, MSP

Dra. Sonia Díaz Salaz, Asesora Ministerial, MSP

Ing. Enrique Souza Pallaroso, ExGerente de Proyecto de Reestructura del MSP.

Dra. Mariana Pihuave Asesora del Viceministerio de Atención Integral de Salud

Dra. Maria Fernanda Andrade del Viceministerio de Atención Integral de Salud

Dra. Diana Molina Yépez, Analista de la Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria en Salud.

Equipo de validación:

Dr. Osvaldo Salgado, Ex Subsecretario Nacional de Provisión de Servicios de Salud

Dra. Carmen Carrasco, Directora Distrito No. 4, Quito, MSP

Dra. Carmina Pinargote, Coordinadora Zonal de Salud 4, Portoviejo, MSP

Dra. Eddy Quishpe, Coordinador Zonal de Salud 2, Tena, MSP

Dra. Margarita Guevara, Coordinadora Territorial, MSP

Dra. Dalila Muñoz Rodríguez, Directora Distrito 10, Jama Pedernales, MSP

Dr. Robin Chávez Vaca, Director Distrito Joya de los Sachas, MSP

Dra. Sonia López Pintado, Directora Distrito Sigchos, MSP

Agradecimientos

A los siguientes funcionarios que durante su gestión administrativa apoyaron técnicamente en los contenidos del presente documento:

Dr. Miguel Malo Serrano	2.2.6.1	Microredes distritales
	2.2.6.2	Redes zonales
Dr. Oswaldo Hernán Bernardo Salgado Zepeda	2.2.6.3	Macroredes
	2.3	Estructura de Gestión
Dra. Zaida Betancourth Aragón	2.4	Ámbito de Gestión
	2.4.1	Proceso gobernante a cargo del MSP
Dr. Juan Sánchez Jara	2.4.2	Procesos sustantivos (nivel central) a cargo de la Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública

TABLA DE CONTENIDO

Contenido	2.4.3	Procesos desconcentrados a cargo de Coordinaciones Zonales y Direcciones Distritales de Salud
Edición General	2.5	Competencias por nivel de gestión del MSP en relación a la estructuración y funcionamiento de la RPIS
Equipo de Redacción	2.6	Funcionamiento de la Red Pública Integral de Salud
Introducción	2.6.1	A nivel nacional

CAPITULO I

1. MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

1.1	Antecedentes	2.6.2	A nivel central del MSP
1.2	Propósito del Modelo de Atención Integral de Salud	2.6.3	A nivel zonal
1.3	Objetivo General del Modelo de Atención Integral de Salud	2.6.4	A nivel distrital
1.4	Principios del Modelo	2.7	Procesos de Planificación, implementación y evaluación de la Red Pública Integral de Salud
1.5	Componentes del Modelo	2.7.1	Procesos de Planificación, implementación y evaluación de la Red Pública Integral de Salud
1.6	Marco Legal	2.7.1.1	Proceso de Articulación y Estructuración de las microredes, redes zonales y macroredes de Salud
1.7	Lineamientos generales del Modelo de Atención para el Sistema Nacional de Salud	2.7.1.2	Gestión de pacientes, referente a la derivación de usuarios de una manera ordenada y coherente en relación a las necesidades, los recursos, brechas y capacidad resolutoria de los prestadores
1.8	Modelo de gestión del MSP	2.7.2	Evaluación del grado de integración de la red pública integral de salud
1.8.1	A nivel nacional		
1.8.2	A nivel zonal		
1.8.3	A nivel distrital		
1.9	Atributos de la gestión		
1.9.1	Gestión desconcentrada		
1.9.2	Gestión Territorial		
1.9.3	Gestión por resultados		
1.9.4	Gestión Participativa		
1.10	Resultados de impacto social (RIS)		
1.11	Implementación del MAIS a nivel zonal		
1.11.1	Objetivo general de la implementación del MAIS a nivel zonal		
1.11.2	Objetivos específicos de la implementación del MAIS a nivel zonal		
1.12	Implementación del MAIS a nivel distrital		
11.12.1	Objetivo general de la implementación del MAIS a nivel distrital		
11.12.2	Objetivos específicos de la implementación del MAIS a nivel distrital		

CAPITULO II

2 LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA OPERATIVIZACIÓN DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD EN EL MARCO DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

2.1	Estructuración y Articulación de la RPIS
2.2	Modelo de Gestión de la Red Pública Integral de Salud-RPIS
2.2.1	Misión de la RPIS
2.2.2	Visión de la RPIS
2.2.3	Objetivo general de la RPIS
2.2.4	Objetivos específicos de la RPIS
2.2.5	Organización territorial de la Red Pública Integral de Salud
2.2.6	Niveles y Tipología de los establecimientos de salud para la organización de la RPIS

CAPITULO III

3. LINEAMIENTOS OPERATIVOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD Y LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD

3.1	Organización de la Atención Integral de Salud y la RPIS
3.2	Provisión de servicios integrales de salud
3.2.1	Atención extramural a nivel comunitario y familiar
3.2.1.1	A nivel comunitario
3.2.1.2	A nivel familiar
3.2.2	Atención intramural proporcionada en los establecimientos de salud
3.3	Implementación del MAIS y la RPIS en los distritos de salud
3.3.1	Funciones de la Dirección Distrital de Salud para implementar el Modelo de Atención Integral de Salud y la Red Pública Integral de Salud
3.3.2	Procesos de trabajo para la implementación
3.3.2.1	Proceso de socialización
3.3.2.2	Organización y asignación de los equipos de atención integral de salud (EAIS)
3.3.2.2.1	Adscripción de la población a la unidad de salud más cercana

- 3.3.2.2.2 Visita familiar y aplicación de la ficha familiar
- 3.3.3 Proceso de diagnóstico y planificación de la salud, incluida la RPIS
 - 3.3.3.1 Análisis de la situación de salud (ASIS)
 - 3.3.3.2 Planificación estratégica distrital
- 3.3.4 Proceso de implantación de la microred distrital
- 3.3.5 Herramientas para la construcción de las microredes distritales
- 3.4 Implementación del MAIS y la RPIS en las zonas de salud
 - 3.4.1 Funciones de la Coordinación Zonal de Salud para implementar el Modelo de Atención Integral de Salud y la Red Pública Integral de Salud
 - 3.4.2 Implementación del MAIS y la Red
 - 3.4.2.1 Procesos de socialización
 - 3.4.2.2 **Proceso de diagnóstico y planificación**
 - 3.4.2.3 **Planificación Estratégica Zonal**
 - 3.4.2.4 **Proceso de implementación de la Red Pública Integral de Salud**
 - 3.4.2.5 **Proceso construcción de las redes zonales**
 - 3.4.2.6 **Construcción de las macroredes**

CAPITULO IV

- 4. DESARROLLO DE INTERVENCIONES PRIORITARIAS POR NIVEL DE GESTIÓN PARA IMPLEMENTAR LA RED Y SUS MICROREDES**
 - 4.1 **A NIVEL ZONAL**
 - 4.2 **A NIVEL DISTRITAL**
 - 4.3 **A NIVEL HOSPITALARIO**

CAPITULO V

- 5 RECONOCIMIENTO Y COMPENSACION ECONOMICA POR LA ATENCION DE PACIENTES A LOS PRESTADORES**
 - 5.1 **ACTUALIZACIÓN DEL TARIFARIO Y DE INSTRUCTIVOS DE OPERACIÓN**
 - 5.2 **MECANISMOS PARA OPORTUNIDAD DEL PAGO Y CRUCE DE CUENTAS**

GLOSARIO

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

- ANEXO 1.** INDICADORES DEL PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR
- ANEXO 2.** ESTRATEGIA DE PROMOCION DE LA SALUD
- ANEXO 3.** INSTRUCTIVO PARA EL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE LA SALUD-ASIS
- ANEXO 4.** ESTRATEGIAS DE SENSIBILIZACIÓN Y EDUCOMUNICACIÓN PARA LA IMPLEMENTACION DEL MAIS Y LA RPIS
- ANEXO 5.** FUNCIONES, ACTIVIDADES Y GUÍA DE TRABAJO DEL EQUIPO DE SALUD

- ANEXO 6.** ESTRATEGIAS DE ARTICULACIÓN INTERSECTORIAL E INTERINSTITUCIONAL
- ANEXO 7.** ATRIBUCIONES DE LOS COMITÉS DE GESTIÓN DE LA RED
- ANEXO 8.** ÁMBITO DE LA MICRORED
- ANEXO 9.** TIPOLOGÍA DE UNIDADES
- ANEXO 10.** INVENTARIO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
- ANEXO 11.** FLUJOS DE ACCESIBILIDAD EN EL DISTRITO
- ANEXO 12.** PROCEDIMIENTOS PARA EL CÁLCULO DE ACTIVIDADES
- ANEXO 13.** CONJUNTO DE PRESTACIONES INTEGRALES DE SALUD
- ANEXO 14.** CARTERA DE SERVICIOS
- ANEXO 15.** ESTRATEGIAS DE ARTICULACIÓN INTERSECTORIAL E INTERINSTITUCIONAL
- ANEXO 16.** PROCEDIMIENTOS PARA EL INGRESO DE LOS PACIENTES A LA RPIS
- ANEXO 17.** UNIDADES DE ATENCIÓN AL USUARIO Y DE GESTIÓN DE RED
- ANEXO 18.** PROCEDIMIENTOS PARA EL AGENDAMIENTO
- ANEXO 19.** FLUJOS DE ACCESIBILIDAD EN EL DISTRITO
- ANEXO 20.** PROCEDIMIENTOS PARA EL MANEJO INTEGRAL DE LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS
- ANEXO 21.** PROCEDIMIENTOS PARA EL MANEJO INTEGRAL DE LA ATENCIÓN PROGRAMADA
- ANEXO 22.** INSTRUMENTOS SOBRE CUIDADO PALIATIVO
- ANEXO 23.** PROCEDIMIENTOS PARA PROCESAR DATOS PARA EVALUACIÓN DE LA RED

INTRODUCCIÓN

El Ecuador se encuentra dentro de un proceso de cambio estructural del Estado y las formas de organización para una visión de cumplimiento de los derechos básicos, que plantea la nueva Constitución de la República del año 2008. En cumplimiento del artículo 358, en el sector salud se están definiendo, implementando y evaluando una serie de nuevas estructuras y modelos de gestión administrativos, que permitan la ampliación de cobertura para “el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva y reconocerá la diversidad social y cultural”, y el trabajo integrado entre las instituciones, que conforman el Sistema Nacional de Salud.

El Ministerio de Salud Pública en su calidad de Autoridad Sanitaria Nacional acorde a estos mandatos, definió el Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud (MAIS), que regirá para el territorio nacional, así como también se encuentra en proceso de construcción de la Red Integrada de Servicios de Salud, que en esta fase inicial estratégica, y conforme lo dictamina la Constitución de la

República, debe organizar la provisión de servicios con todas las instituciones públicas en la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y la articulación complementaria con proveedores privados

El presente documento de Lineamientos Operativos para Implementar el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) y la Red Pública Integral de Salud (RPIS) es un documento que operacionaliza varias normas de aplicación nacional y conocimiento obligatorio, como el Modelo de Atención Integral en Salud, el Convenio Marco Interinstitucional, el Instructivo que viabilizaría la atención en salud en las unidades de la Red Pública Integral de Salud y con la articulación de los servicios privados complementarios de Salud, y las normas técnicas desarrolladas por el MSP para regular el proceso de atenciones. Contiene las directrices, herramientas y más actividades que se requiere desarrollar por parte de las Coordinaciones Zonales de Salud y las Direcciones Distritales de Salud, con la finalidad de que se implemente el MAIS y RPIS, para aportar a materializar lo que dispone la Constitución y los objetivos del Plan Nacional del Buen Vivir.

CAPITULO I

MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

1.1. ANTECEDENTES

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

La Constitución de la República del año 2008, garantiza el derecho a la salud, por sí mismo y, a través del ejercicio de otros derechos interdependientes, con la finalidad de lograr el Buen Vivir¹, la vida plena o *Sumak Kawsay*². En correspondencia con el marco constitucional, el Plan Nacional del Buen Vivir 2009 - 2013, establece las políticas y metas, que contribuirán al mejoramiento de la calidad de vida de la población, entendida como el nivel de bienestar, felicidad y satisfacción de necesidades individuales y colectivas.

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

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

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

- El fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria Nacional;
- El reposicionamiento de la estrategia de Atención Primaria de Salud y de la Promoción de la Salud como ejes articuladores del Sistema Nacional de Salud;
- La reingeniería institucional pública;
- La articulación y fortalecimiento de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y la complementariedad de los prestadores de servicios de salud privados, cuya organización es de base territorial, de acuerdo a la nueva estructura de gestión del Estado; y,
- La reorientación del Modelo de Atención Integral y de Gestión del Sistema de Salud, es para alcanzar la integralidad, integración, calidad, equidad, tendiente a obtener resultados de impacto social.

El presente documento es una guía para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) con enfoque familiar, comunitario e intercultural, que rige para el desarrollo de la RPIS y la complementariedad con el sector privado de salud del Sistema Nacional de Salud en Ecuador, en el cual se considera:

- La demanda de servicios de salud: El MAIS responde a las necesidades de cuidado, potencialización y protección de la salud de la población, considerando el enfoque de género, grupo generacional por ciclos de vida, étnico-cultural, social, organizativo y territorial.
- La oferta de servicios de salud: Comprende a los actores del Sistema Nacional de Salud y los subsistemas reconocidos en la Constitución de la República, en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud y la Ley Orgánica de la Salud. Esta oferta abarca los servicios del sistema médico occidental y del sistema ancestral y alternativo.

El bienestar de la población como fin último de la construcción del buen vivir se representa en la medición de los Resultados de Impacto Social (RIS), que son el fin último de la gestión y atención en salud. La presente guía apoya la consecución de este reto, que es evidenciar y materializar el derecho a la salud con verdaderos cambios sociales en individuos, familias y comunidades.

En el Plan Nacional del Buen Vivir 2013- 2017, objetivo 1, política y lineamientos 1.1, literal f se plantea “Consolidar la desconcentración de la Función Ejecutiva en el territorio, a través del impulso a la articulación territorial e intersectorial en zonas, distritos y circuitos administrativos, en el marco de los modelos de gestión desconcentrados de la Función Ejecutiva”; por otra parte, en la política 1.6: Mejorar la facultad reguladora y de control del Estado, entre otras políticas y lineamientos, Por otra parte, en el objetivo 2: Auspiciar la igualdad, la inclusión, la cohesión y la equidad social, en la política 2,2, literal a) señala que “Crear e implementar mecanismos y procesos en los

servicios de salud pública, para garantizar la gratuidad dentro de la red pública integral de salud en todo el territorio nacional, con base en la capacidad de acogida de los territorios y la densidad poblacional”. En el Objetivo: 3. se encuentra salud en las políticas y lineamientos del 3.1 a 3.6.

La importancia estratégica que tiene el Sistema de Salud Pública en el desarrollo del país requiere por un lado, de una rectoría fuerte, que permita el diseño de las políticas de salud, y por otro, de un mecanismo ágil y eficiente para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) a nivel territorial.

En este marco, el Objetivo 1, política y lineamiento 1.4 “Mejorar la facultad reguladora y de control del Estado”, para garantizar el cumplimiento de los derechos de la ciudadanía, con marco normativos, metodologías y herramientas, que garanticen la calidad, eficiencia y eficacia de las regulaciones; para el MSP, este objetivo fortalece la política de consolidar la ASN en el sistema nacional de salud.

Como institución, el Ministerio de Salud Pública (MSP) entra en la tipología de alta desconcentración y baja descentralización, por lo que requiere el fortalecimiento de sus procesos en sus niveles desconcentrados y la mejora de la capacidad de los servicios en los territorios.

El MSP lleva a cabo la implementación de los lineamientos operativos para el fortalecimiento del MAIS como estrategia permanente en la revolución del sector.

1.2. PROPÓSITO DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD.

El propósito del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) plantea los siguientes ejes:

- 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;
- Mejorar las condiciones de vida y salud de la población ecuatoriana, a través de la implementación del Modelo Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), bajo los principios de la Estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R), que incluye la estrategia de Promoción de la Salud;
- Transformar el enfoque médico curativo, hacia un enfoque integral en salud, centrado en el cuidado y recuperación de la salud individual, familiar y comunitaria, como un derecho humano; e,
- Incidir sobre los determinantes de la salud, a través de una acción articulada y complementaria con los otros sectores del desarrollo para el mejoramiento de la calidad de vida y salud a nivel individual y colectivo.

1.3. OBJETIVO GENERAL DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

Integrar y consolidar la estrategia de Atención APS-R en los cuatro niveles de atención, reorientando los servicios de

salud hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad; y, fortalecer el proceso de la recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos para brindar una atención integral, de calidad y de profundo respeto a las personas en su diversidad y su entorno³, con énfasis en la participación organizada de los sujetos sociales.

1.4. PRINCIPIOS DEL MODELO

- Garantía del derecho a la salud
- Universalidad progresiva en el acceso y la cobertura de servicios de excelencia
- Integralidad
- Equidad (género, intergeneracional e interculturalidad)
- Continuidad en la atención en salud
- Relación centrada en el equipo de salud – usuarios (persona, familia, comunidad)
- Desconcentración de la gestión administrativa
- Eficiencia, eficacia y de calidad
- Participación plena de la comunidad y sus organizaciones
- Gestión y atención basada en resultados de impacto social

1.5. COMPONENTES DEL MODELO

- Provisión de servicios
- Organización
- Gestión
- Financiamiento

Es necesario señalar que en estos cuatro componentes, se operacionaliza tanto la estrategia de APS - R y la Promoción de la salud como parte de la misma.

En este marco, la construcción del Sistema Nacional de Salud desconcentrado desde el nivel nacional, zonal y distrital constituye una estrategia para aportar en la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud y a la vez la estructuración del funcionamiento en red territorializada de servicios de salud integrales, integrados y de calidad, de acuerdo a la nueva normativa de división territorial para la gestión estatal en zonas, distritos y circuitos.

³ La Constitución Ecuatoriana desde una visión integral de la salud, establece los principios que deben orientar la estructuración e implementación del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS): igualdad, equidad, calidad; universalidad, progresividad, interculturalidad, solidaridad, suficiencia, bioética, y no discriminación, con enfoque de género y generacional.

1.6. MARCO LEGAL

La organización del Sistema Nacional de Salud y sus niveles desconcentrados, se sustenta en el siguiente marco normativo:

1. Constitución de la República (2008), Derechos del Buen Vivir (Constitución, Art. 32, 35 y 66), (25), 100 (2), 227, 276 (3), 340, 362, 363 (2), 366.
2. Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (Art. 1, 6 (3), 4, 7 (a) (e) (k), 8 (d), 9 (e) (g) (h), 358, 359, 360 y 361).
3. Ley Orgánica de Discapacidades.
4. Ley de Derechos y Amparo al Paciente.
5. Ley de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas.
6. Ley de Seguridad Social.
7. Ley de Seguridad Social de la Policía Nacional.
8. Ley de Estadística.
9. Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Políticas Nacionales de Información Geoespacial (CONAGE) Consejo Nacional de Geoinformática – Quito Ecuador - septiembre 2010
10. Reglamento a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud: artículo 15.
11. Reglamento del Seguro de Salud del ISSFA, para cubrir las Prestaciones de Enfermedad y Maternidad.
12. Reglamento del Seguro de Enfermedad y Maternidad ISSPOL.
13. Reglamento de licenciamiento: AM 4915.
14. Acuerdo Interministerial No. 002-2008 del Consejo de Política Sectorial de Desarrollo Social.
15. Norma técnica para la derivación y financiamiento de cobertura internacional para la atención integral de salud de usuarios con enfermedades catastróficas. Acuerdo Ministerial 00004194.
16. Norma técnica para el procedimiento de evaluación, selección, calificación y adquisición de servicios de salud de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria. Acuerdo Ministerial 00004195
17. Procedimientos para la prestación y asignación de prestadores del servicio de diálisis. Acuerdo Ministerial 00004196.
18. Acuerdo No 1203 de Tipología para la homologación de los establecimientos de salud o la normativa que lo reemplace.

19. Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017

20. La Agenda Social 2009-2011. Ministerio Coordinador de Desarrollo Social.
21. Manual Operativo de la red de protección social.
22. Convenio Marco Interinstitucional para integrar la Red Pública Integral de Salud.
23. Tarifario de Prestaciones de Servicios para el Sistema Nacional de Salud.
24. Instructivo 001-2012 para la viabilidad en la atención en salud en las unidades de la Red Pública Integral de Salud y en la Red Privada (Complementaria) de Servicios de Salud.

1.7. LINEAMIENTOS GENERALES DEL MODELO DE ATENCIÓN PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

La Constitución de la República, en los artículos 358 al 361, expresa que el Sistema Nacional de Salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. Comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

Por otra parte, el sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la enfermedad a nivel individual, 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.

El Estado ejercerá la rectoría del sistema, a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.

La Red Pública Integral de Salud (RPIS) es parte del Sistema Nacional de Salud y está conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.

En este marco, el Modelo de Atención Integral de Salud es planteado con enfoque familiar, comunitario e intercultural para su aplicación obligatoria en el Sistema Nacional de Salud, establece los siguientes lineamientos estratégicos, que orientan la estructuración de los niveles desconcentrados:

- **Enfoque sustentado en la estrategia de Atención Primaria de Salud- Renovada que incluye la Promoción de la Salud:** Se orienta hacia el cuidado de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida de la población. Implica modificar el enfoque curativo y de programas verticales hacia una atención integral al individuo, la familia, la comunidad y el entorno (determinantes sociales), operacionalizando el enfoque de derechos, intergeneracional, de género e interculturalidad. Anexo No. 2- Estrategia de Promoción de la Salud.
- **Organización territorial de la red pública integral de salud:** Se estructuran macrorredes, redes zonales, microrredes distritales, mediante la articulación funcional requerida en los diferentes niveles de atención de la RPIS y con complementariedad con los proveedores de servicios de salud privados, conforme la nueva división territorial de la gestión gubernamental
- **Acercamiento de los servicios integrales e integrados de salud a los hogares:** Se garantiza que el primer nivel de atención es la puerta de entrada a la RPIS. Se fortalece la capacidad resolutoria del primer y segundo nivel, organizando la funcionalidad del sistema y una atención de calidad, oportuna y continua.
- **Fortalecimiento de la gestión y formación del talento humano:** Se desarrollan procesos de capacitación continua, la carrera sanitaria y la formación en los servicios. En el primer y segundo nivel de atención, se implementan procesos de formación de postgrado in situ, en Medicina Familiar y Comunitaria y de Técnicos de Atención Primaria de Salud dirigido a personas de la comunidad.
- **Incorporación de nuevas tipologías en los establecimiento de salud:** Se procura que las nuevas tipologías respondan a las necesidades de la población a nivel territorial, con estándares técnicos y de calidad definidos por la Autoridad Sanitaria Nacional, que permitan la homologación, licenciamiento y, la funcionalidad en los horarios de atención. Se busca el fortalecimiento de la continuidad de la atención a usuarios, a través del subsistema de referencia-contrareferencia, y se incorpora la atención prehospitalaria.
- **Práctica del principio de equidad:** Se trata de garantizar o mejorar el acceso y utilización efectiva de los servicios integrales de salud, de acuerdo a las necesidades y particularidades territoriales, distritales y de la población a nivel geográfico, económico y cultural.
- **Práctica del principio de eficacia:** Se organiza la demanda en función de las necesidades de las personas, las familias y la comunidad, para lograr resultados de impacto social, de acuerdo a prioridades de la población, locales y nacionales.
- **Práctica del principio de eficiencia:** Se procura una mejor gestión y mayor optimización y articulación de los recursos en función de los resultados de salud planificados.
- **Enfoque intersectorial:** Se coordina acciones con otros actores para actuar sobre los determinantes de la salud y contribuir a la construcción del Buen Vivir.
- **Fortalecimiento de la participación plena de la comunidad y sus organizaciones:** Se generan mecanismos institucionales que faciliten el acceso a la información y la toma de decisiones, los procesos de veeduría y control social. El sentido de la participación es facilitar el ejercicio de derechos y responsabilidades en salud y que los individuos, las familias, la comunidad y los grupos organizados, se constituyan en sujetos de la construcción y cuidado de la salud.
- **Fortalecimiento de la vigilancia de la salud:** incorporando experiencias innovadoras y eficaces, como la epidemiología comunitaria, que contribuyen a integrar activamente a la población en la identificación, análisis y acción frente a los principales problemas de salud de la comunidad. Estas experiencias permiten además democratizar el acceso a la información.
- **Implementación del sistema único de información:** Se fortalecen el registro e indicadores sobre la estructura, procesos de gestión, atención, toma de decisiones e implementación, y realizar el monitoreo y seguimiento de los resultados.

1.8. MODELO DE GESTIÓN DEL MSP

La reestructuración de la gestión del Ministerio de Salud Pública se enmarca en la Reforma Democrática del Estado, proceso que tiene por objeto mejorar la eficiencia, transparencia y calidad de los servicios a la ciudadanía⁴. La importancia estratégica que representa el sistema de salud en el desarrollo del país impone la necesidad “de una rectoría fuerte sobre la implementación de las políticas en salud, a la vez que requiere de un mecanismo ágil y eficiente para la implementación y gestión de los programas de salud.

En mayo de 2012, se publicó en el Registro Oficial la conformación de 9 zonas, 140 distritos, así como 1.134 circuitos de gestión y planificación a nivel nacional, para la gestión de las entidades y organismos que conforman la Función Ejecutiva.

El Ministerio de Salud Pública, en su calidad de Autoridad Sanitaria Nacional desconcentra su gestión administrativa en zonas y distritos, que funcionan en base a los lineamientos nacionales y los adaptan a su realidad territorial.

La gestión desconcentrada responde a las directrices del Modelo de Gestión del MSP, que tienen como responsabilidades fundamentales la planificación, coordinación, ejecución, seguimiento y evaluación de la implementación de la política nacional de salud y del Modelo de Atención Integral de Salud, en la que el desarrollo de la Red Pública Integral de Salud y su complementariedad con el sector privado a nivel territorial es prioritaria.

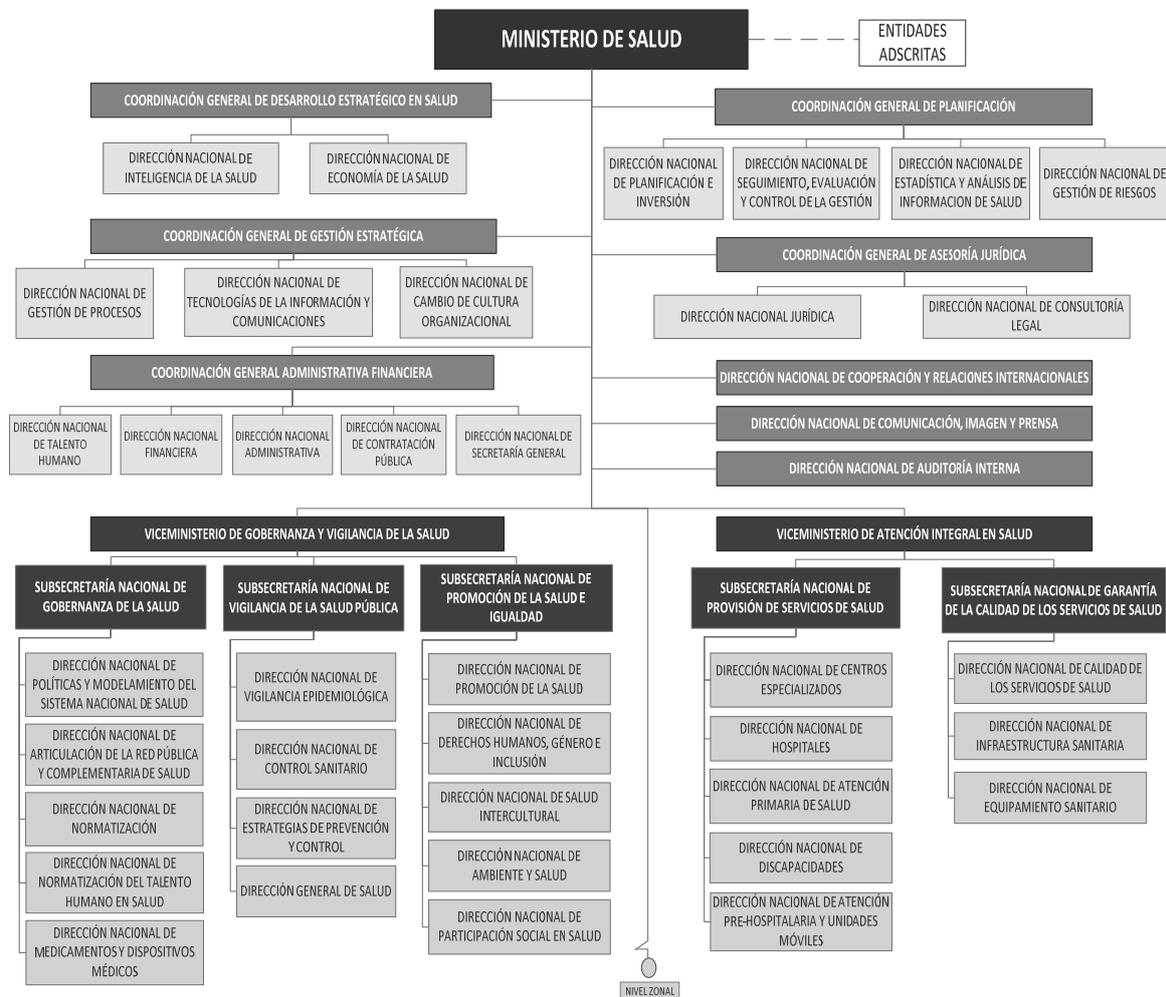
⁴ Reforma Democrática del Estado. Rediseño de la Función Ejecutiva; de las carteras de estado y su modelo de gestión, y de la organización territorial. SENPLADES.

1.8.1. A nivel nacional

Las funciones centrales son la coordinación, planificación,

rectoría, regulación, evaluación y control que se evidencian en la estructura funcional del MSP que se muestra en el gráfico 1.

GRÁFICO 1. NIVEL CENTRAL DEL MSP



Fuente: Modelo de Gestión del MSP 2013

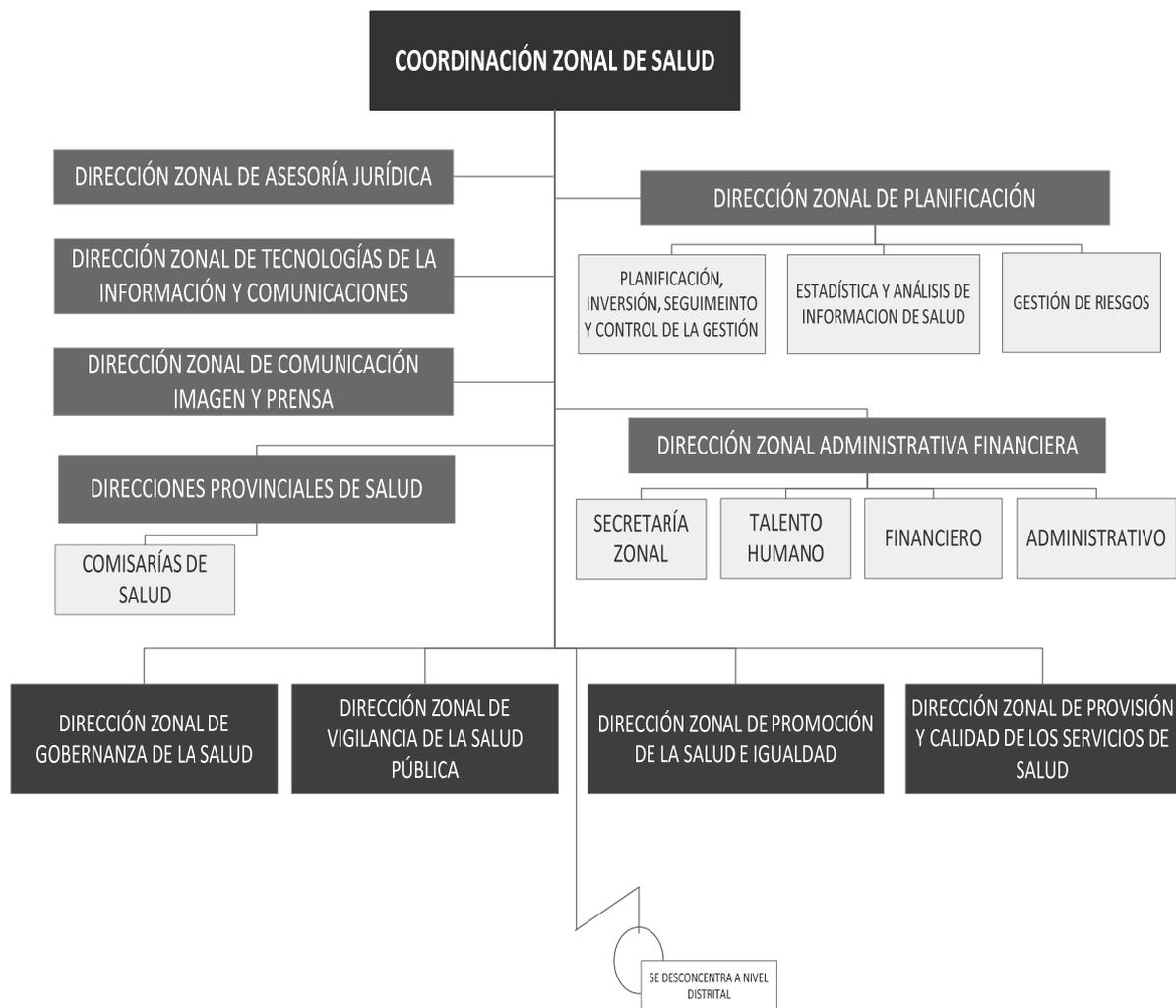
1.8.2. A nivel zonal

A nivel de las Coordinaciones Zonales como representantes de la Autoridad Sanitaria Nacional, y de acuerdo al Estatuto del MSP tiene como responsabilidades fundamentales garantizar la planificación, coordinación, seguimiento, evaluación y control a nivel territorial, basados en cinco procesos fundamentales (agregadores de valor) para la gestión:

- Gobernanza de la salud
- Promoción de la salud e igualdad
- Provisión de servicios de salud
- Vigilancia de la salud pública
- Garantía de la calidad de los servicios de salud

En el gráfico 2, se muestra la estructura de gestión de las Coordinaciones Zonales.

GRÁFICO 2 .COORDINACIONES ZONALES



Fuente: Modelo de Gestión del MSP 2013

Nota: Las Direcciones Provinciales de Salud están en proceso de transición hasta que se apruebe el nuevo Código de la Salud.

1.8.3.A nivel distrital

Las Direcciones Distritales de Salud como representantes de la Autoridad Sanitaria Nacional en el territorio tienen tres procesos fundamentales (agregadores de valor) para la gestión:

- Promoción de la Salud
- Provisión y Calidad de Servicios de Salud: Este proceso integra como parte de sus atribuciones la implementación de la RPIS en el territorio.
- Vigilancia de la Salud Pública.

La estructura orgánica de las Direcciones Distritales de Salud, se muestra en el gráfico 3.

GRÁFICO 3. DIRECCIONES DISTRITALES DE SALUD



Fuente: Modelo de Gestión del MSP 2013

1.9. ATRIBUTOS DE LA GESTIÓN

Estos cuatro atributos permean todas las actividades e intervenciones del Ministerio de Salud Pública y del Sistema Nacional de Salud.

- **1.9.1. Gestión desconcentrada:** Es el atributo fundamental, corresponde a las Coordinaciones Zonales y Direcciones Distritales adaptar los diseños organizacionales nacionales, según su propia realidad. Cada unidad territorial administrativa desarrolla sus funciones esenciales, diseñando, organizando y brindando sus servicios de atención individual y atención colectiva, según su propia realidad epidemiológica y social. Para lograr esto, se desconcentran de responsabilidades y poder de decisión en el uso de sus recursos:

- Humanos
- Financieros
- Físicos

También implica un reordenamiento de los procesos de gestión para la integración de los actores interinstitucionales e intersectoriales, a través del manejo unificado, autónomo, flexible y oportuno de los procesos de gestión. Además, conlleva a un mejor manejo y optimización de los servicios.

Cada unidad de gestión territorial desarrolla sus funciones, según su propia realidad epidemiológica y social, lo cual permite que más personas puedan acceder a los servicios de salud, en base a las políticas, lineamientos y normas nacionales.

El proceso de desconcentración establece un cambio en la distribución de roles, competencias y funciones entre

los tres niveles de gobierno en salud del país, que resulta en una gestión articulada entre éstos, con determinadas funciones específicas desconcentradas. Estas interacciones requieren el fortalecimiento de los mecanismos de planificación y coordinación intrainstitucional e interinstitucional.

- **1.9.2. Gestión territorial:** Tiene como propósito la coordinación de acciones intersectoriales y abordaje de la equidad y los determinantes de la salud. Se coordina y trabaja con diferentes sectores y actores para que se alineen a las políticas públicas nacionales, con el fin de maximizar su potencial contribución al mejoramiento de la salud y a la construcción del régimen del buen vivir.

Este atributo tiene su concreción en la formulación de planes estratégicos zonales y distritales para abordar prioridades sanitarias locales.

- **1.9.3. Gestión por resultados:** es una herramienta para optimizar la utilización de recursos para la producción de bienes y servicios de calidad que estén alineados con los objetivos de las políticas públicas nacionales y que generen valor público.

La gestión por resultados establece un ordenamiento de los procesos acordes con el logro de resultados y la generación de valor público: gestión de políticas públicas; planeamiento estratégico y operativo; organización institucional; gestión de recursos (financiera, recursos humanos, bienes y servicios); organización, gestión y control de operaciones. Finalmente, se debe identificar y estandarizar los procesos para implementar un mecanismo adecuado de control y evaluación.

El modelo de gestión desconcentrada conlleva un esquema de gestión por resultados en la medida de que la red diseña y organiza sus intervenciones para

enfrentar las prioridades sanitarias locales bajo una lógica de resultados, los cuales plantean atender y controlar los problemas de salud pública. Ello implica hacer un diagnóstico situacional en cada ámbito, un diseño de intervenciones y servicios adecuados a su realidad local, así como la organización, gestión y control de dichas operaciones. Para ello, organiza sus recursos para producir las actividades requeridas para alcanzar esos resultados.

Un mecanismo que facilita su aplicación es el Presupuesto por Resultados, que establece actividades, productos intermedios y resultados.

1.9.4. Gestión participativa: implica que la gestión es sensible a las necesidades y expectativas de la población a la que sirve, a sus usuarios internos de la atención como también a las necesidades de la gestión institucional.

Con respecto a la participación ciudadana, ésta tiene como propósito recoger las expectativas de los representantes de la sociedad civil, con respecto a la atención de salud que recibe y a los problemas de salud pública que identifica. Por lo tanto, tiene dos dimensiones:

- Dimensión I de decisiones en la planificación, programación y evaluación: implica la participación de la ciudadanía en las decisiones prioritarias a nivel zonal y distrital; la identificación de los determinantes de la salud, de las prioridades sanitarias locales; y, la formulación y organización de las intervenciones correspondientes para abordarlas con la mejor accesibilidad posible.
- Dimensión de gestión de los servicios de salud: es el espacio de participación ciudadana en el nivel de los órganos de gobierno colectivo desde lo nacional hasta el nivel distrital de salud, a través de mecanismos de veeduría y rendición de cuentas.

Por otro lado, en relación con la participación de los responsables internos en la gestión, ésta tiene como propósito asesorar a los responsables para una toma de decisiones coordinada entre los distintos estamentos institucionales, organizacionales, los equipos de gestión correspondientes en la planificación, organización, ejecución y control de las acciones de salud, a través de comités de gestión. Estos comités interinstitucionales se conforman a nivel nacional, zonal y distrital.

1.10. RESULTADOS DE IMPACTO SOCIAL (RIS)

Para generar un resultado de impacto social en la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) en cada territorio es importante identificar los Resultados de Impacto Social - RIS del Plan Nacional del Buen Vivir y los de la realidad local, que sean resultados aplicables en la Red Pública Integral de Salud en el nivel nacional, zonal y distrital de salud para obtener un fin común.

Para lo cual es necesario:

- Identificar su espacio – población de cobertura.
- Identificar el tiempo o período definido para el cual se esperan los resultados.
- Identificar el problema, determinantes o riesgos.
- Identificar el grupo de riesgo y de intervención afectado por el problema o riesgo.
- Identificar las carteras de servicios
- Identificar las normativas para la generación de planes de intervención por ciclos de vida, la familia o comunidad en base a riesgos.
- Generar planes de seguimiento para control, monitoreo y evaluación de:
 - Planes de intervención, a través de las fichas de seguimiento – ficha familiar.
 - Indicadores de gestión institucional.
- Realizar compromisos de gestión en los establecimientos de salud que consideren los RIS y los resultados en cada realidad territorial.

1.11. IMPLEMENTACIÓN DEL MAIS A NIVEL ZONAL

La Coordinación Zonal de Salud, es donde se implementa el MAIS y es la Autoridad Sanitaria a este nivel. Es el espacio de articulación interinstitucional e intersectorial, que permite una acción complementaria y potenciadora de las distintas instancias gubernamentales, ciudadanas y privadas, en función del mejoramiento de la calidad de vida de la población y la construcción de territorios saludables.

A nivel zonal, se implementan las estrategias y normas de atención adaptadas a la realidad local, para satisfacer las necesidades del Buen Vivir de la población de influencia.

En el componente de gestión administrativa del sector público, la gestión del Subsistema de Salud Zonal, corresponde a las directrices del Modelo de Gestión del Estado y del Ministerio de Salud Pública.

1.11.1 Objetivo general de la implementación MAIS a nivel zonal

Atender en forma integral e integrada a la población de la zona, por medio de la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud, sustentado en la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada, mediante la articulación y funcionamiento de los componentes estratégicos del Sistema Nacional de Salud.

1.11.2 Objetivos específicos de la implementación del MAIS a nivel zonal

- Dirigir, coordinar y controlar la gestión en los Distritos y establecimientos de salud de segundo, tercer y cuarto nivel, en el ámbito de su competencia.

- Establecer un proceso de planificación estratégica, objetiva y gradual de las intervenciones en el territorio zonal, a partir de un diagnóstico situacional participativo, que permita identificar las situaciones que generan efectos adversos para la salud de las y los ciudadanos, las familias y grupos poblacionales, las necesidades y problemas de salud diferenciadas por su pertenencia étnica, de género, laboral, generacional, así como identificar las intervenciones integrales que prioricen las que potencian las condiciones y prácticas saludables.
- Conseguir el mejoramiento de la salud individual, familiar y de la comunidad, posibilitando el acceso a servicios integrales e integrados de salud, con énfasis en la promoción de salud, prevención de riesgos y daños, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, rehabilitación y cuidados paliativos.
- Articular de forma funcional a los proveedores de salud de la Red Pública Integral de Salud, que se complementan con proveedores privados a nivel zonal, garantizando la continuidad en la atención hasta la resolución de la necesidad o problema de salud al interior de la Zona o fuera de ella, si se requiere.
- Potenciar las capacidades y habilidades del talento humano, a través del desarrollo de procesos de formación y educación, que permitan obtener mayores niveles de resolutivez, calidad y eficiencia en la prestación de servicios; además de la satisfacción usuarios internos y externos del SNS.
- Implementar el Sistema Único de Información en Salud, para apoyar a la eficacia en la atención y la gestión, que contribuya a la articulación y funcionamiento de la red, la evaluación sistemática de resultados, la planificación, el seguimiento, y control de acciones, tanto del sector salud como de otros sectores relacionados con los aspectos sociales de la comunidad.
- Implementar el cumplimiento de los lineamientos para el Sistema Integral de Vigilancia Epidemiológica en el modelo de atención integral, en la zona.
- Coordinar, planificar y controlar en la zona, la implementación de políticas, regulaciones, estrategias y acciones de promoción de la salud con enfoques de acción sobre los determinantes sociales y culturales de la salud, interculturalidad, participación social y equidad.

1.12. IMPLEMENTACIÓN DEL MAIS A NIVEL DISTRITAL

El distrito en salud es un subconjunto del Sistema Nacional de Salud, que a nivel territorial comprende unidades desconcentradas de planificación, gestión y provisión de servicios integrales de salud basados en la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R). Articula y organiza el funcionamiento de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) a nivel territorial, se constituye en la puerta de

entrada al sistema, así como es el nivel de primera referencia a los establecimientos de mayor capacidad resolutivez en los otros niveles de atención.

El distrito es el lugar de encuentro y operativización en el territorio de:

- Las políticas, estrategias y normas de la Autoridad Sanitaria Nacional.
- La demanda y características de la población y de la realidad del territorio.
- La oferta de servicios y experiencia de los equipos de salud a nivel territorial.

El distrito es el espacio de articulación interinstitucional e intersectorial, que permite una acción complementaria y potenciadora de las distintas instancias gubernamentales, ciudadanas y privadas, en función del mejoramiento de la calidad de vida de la población y la construcción de territorios saludables.

En el subsistema distrital de salud, se implementan las estrategias y normas de atención adaptadas a la realidad local, respetando el proceso de la experiencia de los equipos integrales de salud y el trabajo intersectorial para satisfacer las necesidades del Buen Vivir de la población.

En el componente de gestión administrativa del sector público, la gestión del Subsistema Distrital de Salud corresponde a las directrices del Modelo de Gestión del Ministerio de Salud Pública.

1.12.1 Objetivo general de la implementación del MAIS a nivel distrital

Atender en forma integral e integrada a la población del distrito, por medio de la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud, sustentado en la estrategia de Atención Primaria de Salud-R, mediante la articulación y funcionamiento de los componentes estratégicos del Sistema Nacional de Salud en este nivel territorial.

1.12.2. Objetivos específicos de la implementación del MAIS a nivel distrital

- Establecer un proceso de planificación estratégica objetiva y gradual de las intervenciones en el territorio distrital, a partir de un diagnóstico situacional participativo, que permita identificar las situaciones, que generan efectos adversos para la salud de los ciudadanos, familias y grupos poblacionales, las necesidades y problemas de salud diferenciadas por su pertenencia étnica, de género, laboral, generacional, así como identificar las intervenciones integrales que potencian las condiciones y prácticas saludables.
- Conseguir el mejoramiento de la salud individual, familiar y de la comunidad, posibilitando el acceso a servicios integrales de salud, con énfasis en la promoción de salud, prevención de riesgos y daños, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, rehabilitación y cuidados paliativos.

- Organizar y conducir la Red Pública Integral de Salud y su complementariedad con los proveedores privados, si los hubiera en el nivel distrital y los entes administrativos sujetos a su jurisdicción;
- Articular de forma funcional a los proveedores de salud de la Red Pública Integral de Salud, que se complementan con proveedores privados a nivel distrital, que permita a los ciudadanos ingresar y tener su primer contacto por el primer nivel de atención excepto en casos de emergencia, a otros niveles de mayor complejidad, si se requiere, garantizando la continuidad en la atención.
- Potenciar las capacidades y habilidades del talento humano, a través del desarrollo de procesos de capacitación, que permitan obtener mayores niveles de capacidad resolutoria, calidad y eficiencia en la prestación de servicios. La capacitación debe orientarse al mejoramiento de la atención, la docencia, la gestión y la investigación en salud y la satisfacción del usuario interno del Sistema Nacional de Salud.
- Implementar la ejecución de los lineamientos para el Sistema Integral de Vigilancia Epidemiológica en el modelo de atención en el distrito.
- Coordinar, planificar y controlar en el distrito la implementación de políticas, regulaciones, estrategias y acciones de promoción de la salud, con enfoques de acción sobre los determinantes sociales y culturales de la salud, interculturalidad, participación social y equidad.
- Implementar el sistema único de información en salud, para apoyar a la eficiencia en la atención y la gestión, que contribuya a la articulación y funcionamiento de la red, la evaluación sistemática de resultados, la planificación, el seguimiento, y control de acciones, tanto del sector salud como de otros sectores relacionados con los aspectos sociales de la comunidad.
- Coordinar, planificar y controlar en la zona, la implementación de políticas, regulaciones, estrategias y acciones de promoción de la salud con enfoques de acción sobre los determinantes sociales y culturales de la salud, interculturalidad, participación social y **equidad**.

CAPITULO II

LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA OPERATIVIZACIÓN DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD EN EL MARCO DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

Para el Sistema Nacional de Salud, es un desafío la construcción de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) que se complementa con el sector privado con y sin fines de lucro, de forma complementaria y que en conjunto, en forma progresiva, estructura una red integrada de servicios de salud.

La estructura de la red se construye conjugando la perspectiva y necesidades de la demanda y como un proceso desde el ámbito local hacia lo nacional; para hacer efectiva la garantía de la atención a las necesidades de las personas, la familia y la comunidad, incorporando al usuario como actor en este proceso de cambio.

El cambio se desarrolla esencialmente en un proceso de continuidad de la atención en torno a las y los usuarios, que procura la satisfacción de sus necesidades relativas al proceso de salud-enfermedad, considerando e incorporando la medicina ancestral y alternativa.

En la construcción de la RPIS, se expresa el Modelo de Atención Integral de Salud.

La RPIS está conformada por establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública (MSP), el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS que incluye al Seguro Social Campesino-SSC), las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional como lo dispone el artículo 360 de la Constitución de la República. A esta red deben articularse otros establecimientos de salud públicos; así como también los proveedores privados, con o sin fines de lucro, que conforman la Red Privada Complementaria. La RPIS desde el nivel nacional como en los niveles desconcentrados del territorio nacional está liderada por el MSP, en sus diferentes instancias.

2.1. ESTRUCTURACIÓN Y ARTICULACIÓN DE LA RPIS

Según la Constitución de la República vigente (Art. 360 y 362) la salud es un derecho y la atención de salud es un servicio público, el Sistema Nacional de Salud está conformado por las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud, y la RPIS es un mandato, de cumplimiento obligatorio para las instituciones públicas y las privadas bajo la normativa de la Autoridad Sanitaria Nacional.

Para la construcción y consolidación de la RPIS, el MSP remite el direccionamiento de funcionamiento en red de los servicios de salud que se encuentra definido en el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) que incorpora políticas, objetivos y normas para la organización, prestación, gestión y financiamiento, con el fin de normar la prestación de servicios, el funcionamiento en red, asegura la articulación e intercambio entre instituciones y/o personas prestadoras y financiadoras, para complementar sus esfuerzos, experiencias y conocimientos para el logro de fines comunes.

El funcionamiento en red es obligatorio para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud. De igual manera, define la importancia de la incorporación de la comunidad con competencias propias para resolver problemas de salud, que incluyen las prácticas de salud ancestrales y alternativas.

En cada territorio (distritos, zonas) se organizan y articulan los diferentes establecimientos de salud en red de acuerdo a su nivel de atención y capacidad resolutoria, desde las acciones que realizan los Técnicos en Atención Primaria de

Salud (TAPS) que son el primer contacto extramural como parte de los Equipos de Atención Integral de Salud (EAIS) que se constituyen en la puerta de entrada para la atención intra y extramural de salud exceptuándose la atención de emergencia.

Estas redes se organizan conforme a la nueva estructura descentralizada de gestión del Estado y la articulación requerida en los diferentes niveles de atención, siendo el subsistema de referencia y contrarreferencia, uno de los instrumentos esenciales para garantizar la continuidad de las prestaciones, en los cinco niveles de atención normados para el Sistema Nacional de Salud.

Lo anterior, fortalece y consolida vínculos interinstitucionales e intersectoriales, que permiten acuerdos a favor de la salud y una acción complementaria en función del mejoramiento de la calidad de vida de la población, a través de la articulación funcional de la Red Pública Integral de Salud (RPIS).

Es importante destacar que el MAIS, se concreta en la construcción de la RPIS, por lo tanto, no se debe operacionalizar el modelo de forma aislada o individualizada.

2.2. MODELO DE GESTIÓN DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD - RPIS

La gestión se refiere al conjunto de procesos, que permiten planificar, organizar, desarrollar y controlar la provisión de la atención individual e intervenciones colectivas en los servicios de salud para cubrir las necesidades de salud de las personas, familias y comunidades, de acuerdo al Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS). El funcionamiento en red debe ser diseñado en función de los requerimientos del componente de prestación de servicios de salud para una óptima adecuación a las necesidades ciudadanas en el nivel local, y en el desarrollo de mecanismos, que aseguren la adecuada calidad de la atención y la eficiencia en la utilización de los recursos.

Una red es la expresión y lenguaje de vínculos, posee un territorio o población determinada, una estructura funcional y/o administrativa semejante a un sistema abierto y los componentes se relacionan entre sí con diferentes mecanismos: horizontal, vertical, complementario y flexible a la realidad. Desarrolla o adopta la capacidad de coordinación, comunicación y gestión de la información y procedimientos, definiendo las características y funcionamientos generales y particulares de ellas, adaptadas a cada realidad territorial en el marco normativo establecido. Todos los establecimientos deberán ser licenciados, calificados y acreditados por la Autoridad Sanitaria Nacional, según la normativa vigente.

El lenguaje, la comunicación y los sistemas de información, son claves para la calidad de los vínculos, la efectividad de la red y su capacidad de adaptación. Las redes exitosas requieren de claridad en los mecanismos de toma de decisiones, en la resolución de conflictos, en mecanismos de soporte financiero y de control de gestión coherentes con sus objetivos establecidos por la Autoridad Sanitaria Nacional.

Por otra parte, la efectividad sanitaria exige a cada punto de una red, adaptar sus procesos productivos a las nuevas exigencias epidemiológicas, demográficas y a las crecientes expectativas de los usuarios. Esto implica revisar críticamente la opinión de los usuarios, la relación costo-efectividad de las acciones y la calidad de sus procesos sustantivos, la adaptabilidad de sus recursos humanos, y las modalidades que adopta para organizar y gestionar su estructura y recursos.

El Modelo de Gestión de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) está liderado por el Ministerio de Salud Pública como Autoridad Sanitaria Nacional, e incorpora a todos los actores relacionados con salud (establecimientos e instituciones, que actúan sobre los determinantes de la salud, que interactúan en un territorio) como responsables de los resultados sanitarios de su población.

Lo anterior, está armónicamente presente en el Modelo de Gestión de la RPIS, en la forma de organizar y combinar los recursos para su operativización, es decir, en la operación del conjunto de establecimientos, de diferentes niveles de capacidad resolutive, interrelacionados por una serie de protocolos de trabajo acordados y validados entre los integrantes, y emitidos por el MSP, que permiten el tránsito de los usuarios entre ellos, de acuerdo al flujo determinado para cada uno de los problemas de salud, asegurando la continuidad de la atención en la comunidad, la familia y las personas.

El Modelo de Gestión de la RPIS debe conducir a una mayor capacidad resolutive, a un aumento de la eficiencia y la eficacia, mediante el intercambio y la colaboración; implica capacitación (nivelación y actualización) continua de sus equipos técnicos y administrativos.

Este modelo permite que los establecimientos públicos y en complementariedad con los privados en todos los niveles de atención, según su capacidad resolutive (puestos de salud, centros A, B y C, centros de especialidades, hospitales, etc.) coordinen, potencien y complementen con actividades destinadas a la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos a las y los usuarios y sus familias.

El alcance del trabajo de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) es interna y externa; interna en el territorio de cobertura de la misma y externa en la cobertura a personas domiciliadas en otros territorios, que requieren atención de salud en alguno de los establecimientos de salud por fuera de su jurisdicción geográfica, sea por falta de capacidad resolutive o por difícil accesibilidad geográfica, situación que es, también, objeto de la gestión.

Los establecimientos de servicios de salud con los recursos humanos y físicos que dispongan, prestarán atención integral de salud programada y de urgencia, además de las acciones de apoyo y docencia cuando corresponda, basado en lo que el MAIS determina, a fin de facilitar y garantizar el acceso efectivo a la población usuaria.

2.2.1. Misión de la RPIS

La RPIS garantiza y ofrece atención integral, oportuna, eficiente y humanizada a cada uno de los usuarios del SNS,

promoviendo la integración, la interculturalidad para generar impacto positivo en el acceso efectivo a prestaciones integrales y en la situación de salud de cada territorio, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud, para lo cual se organiza en Macroredes, Redes Zonales y Microredes Distritales.

2.2.2. Visión de la RPIS

Es una red que garantiza el derecho a la salud, el acceso efectivo a la atención integral e integrada, se convierte en un referente para toda la población ecuatoriana, pues dispone de talento humano comprometido, que ofrece sus servicios con calidad, equidad y en forma sostenible, con alto reconocimiento nacional e internacional.

2.2.3. Objetivo general de la RPIS

Promover e implementar mecanismos para el acceso universal de la población a servicios de salud de calidad, equitativos, gratuitos y eficientes optimizando la organización y gestión en red en todos los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud.

2.2.4. Objetivos específicos de la RPIS

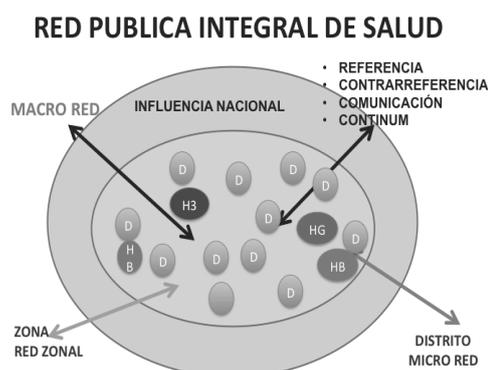
- Lograr el acceso efectivo, universal y gratuito a la atención integral e integrada de salud mediante el refuerzo de la resolutivez del primer nivel de atención como primer contacto y puerta de entrada del Sistema Nacional de Salud, así como el funcionamiento articulado de los diferentes niveles de atención, con capacidad resolutivez para una respuesta más efectiva, eficiente y de calidad a la población de influencia.
- Optimizar el uso adecuado de los recursos públicos, potenciando fortalezas, y complementariedad en el territorio, a través del funcionamiento de las Microredes Distritales, Redes Zonales y Macroredes de servicios de salud.
- Mejorar la disponibilidad, distribución y competencias del personal de salud en los establecimientos de salud de los diferentes niveles de complejidad, mediante la optimización y fortalecimiento de capacidades del talento humano, que impacte en la calidad y equidad del acceso a servicios de salud.
- Definir e implementar redes específicas de salud de acuerdo a las necesidades y prioridades, para mejorar la oportunidad y calidad de atención de la población ecuatoriana.

2.2.5. Organización territorial de la RPIS

La organización de la atención integral e integrada de salud construye flujos desde la comunidad, la familia y las personas diferenciadas por su ciclo vital, hacia el acceso continuo a servicios integrales e integrados de salud, de acuerdo a la necesidad de resolución de los problemas y necesidades de salud. El Modelo de Gestión desconcentrado del Estado en zonas, distritos y circuitos define la dimensión territorial de la red, de la siguiente forma:

- Los establecimientos de salud públicos amparados en el Convenio Marco son la Red Pública Integral de Salud (RPIS); y los establecimientos de salud privados que son complementarios a la red pública, y que conforman una red integrada de servicios de salud.
- Red Zonal de Salud: está constituida por las microredes distritales correspondientes y los hospitales de mediana y alta complejidad; se caracteriza por articular establecimientos públicos y en complementariedad con los privados (con y sin fines de lucro) para garantizar la equidad territorial en el acceso y en la cobertura, diferenciada por nivel de atención y complejidad.
- Microred Distrital de Salud integrada principalmente por establecimientos públicos de servicios de salud, que cubre el territorio de un Distrito y sus circuitos correspondientes. La microred incluye los establecimientos del I Nivel y en caso de existir, se incluye al hospital básico respectivo.
- Macrored, se denomina así porque el ámbito funcional de relaciones entre establecimientos de salud, supera a los límites de cobertura territoriales de una Red Zonal, ya sea por condiciones de acceso efectivo, por capacidad resolutivez y/o prestaciones de alta complejidad. Las macroredes en el país, se refiere en estos momentos, a las Zonas 9, 8 y 6 por tener los servicios de referencia de III y IV nivel de atención, de alta especialización y complejidad, que hace que tengan varios anillos de influencia como se muestra a continuación.

GRÁFICO 4. ESQUEMA DE MACRORED Y TERRITORIOS DE INFLUENCIA



Elaboración: equipo de trabajo DNARPCS. 2014

La organización de los servicios de salud en red garantiza un pool de servicios frente a los riesgos de salud, epidemiológicos, de desastres naturales y financiero para lograr el equilibrio técnico y financiero, que facilita el control de la calidad de la atención de salud, su costo razonable y su sostenibilidad futura

De acuerdo a las necesidades de salud, se podrán conformar redes especializadas de servicios de salud, como por ejemplo: la red emergencias, de salud renal, de trasplantes, etc.

2.2.6. Niveles y tipología de los establecimientos de salud para la organización de la RPIS

En cada territorio de trabajo en red pueden coexistir establecimientos de salud de primer, segundo, tercer y cuarto nivel con actividades intramurales y extramurales.

2.2.6.1. Microredes distritales

En las microredes distritales que cubren un distrito y sus circuitos correspondientes, los establecimientos y servicios de salud se articulan e integran, de acuerdo a la tipología de establecimientos de salud. El primer contacto con los servicios de salud son los Equipos de Atención Integral en Salud (EAIS) que dependen técnica y administrativamente de los establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención.

A continuación, los servicios que se integran en las microredes distritales:

EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD (EAIS): compuesto por médico/a, enfermero/a y técnico/a en Atención Primaria en Salud, según el criterio siguiente:

- a. 1 por cada 4.000 habitantes a nivel urbano.
 - b. 1 por cada 1.500 a 2.500 habitantes a nivel rural.
- Los EAIS son parte de los equipos de profesionales de salud de los establecimientos de salud del primer nivel de atención, a los cuales están asignados.
- II. PUESTO DE SALUD para atención itinerantes a poblaciones dispersas por el EAIS correspondiente hasta 3.500 habitantes.
 - III. CENTRO DE SALUD TIPO A hasta 10.000 habitantes; con servicios de salud de consulta externa, sala de procedimientos, administración, centro de toma de muestras, sala de reuniones.
 - IV. CENTRO DE SALUD TIPO B de 10.001 a 50.000 habitantes; con servicios de salud de consulta externa, sala de procedimientos, administración, centro de toma de muestras y laboratorio, servicio de imagenología (rayos X y ecografía), sala de reuniones.
 - V. CENTRO DE SALUD TIPO C de 25.001 a 50.000 habitantes que cuenta con servicios de salud de consulta externa, sala de procedimientos, administración, consulta externa, centro de toma de muestras y laboratorio clínico, imagen, rehabilitación, atención de partos (Salas de Unidad de Trabajo de Parto y Recuperación -UTPR), emergencia. Además de servicios de salud prestados a distancia (telemedicina).
 - VI. UNIDADES MÓVILES: Unidades móviles para atención ambulatoria y hospitales móviles, de acuerdo a los requerimientos de la demanda.
 - VII. SERVICIOS DE TRANSPORTE Y ASISTENCIA SANITARIA, según el modelo de gestión vigente de atención prehospitalaria y del sistema de referencia, contrareferencia y derivación.

2.2.6.2. Redes zonales

En las redes zonales que cubren un conjunto de distritos, los establecimientos y servicios de salud, que se articulan e integran deben ser responsables de complementar la cartera de servicios del primer nivel, en cuanto a servicios correspondientes a las especialidades básicas, especialidades, subespecialidades, servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento, hospitalización, hospital del día, de acuerdo al perfil epidemiológico del territorio de influencia.

Las redes zonales incluirán a las microredes y a los hospitales de segundo y tercer nivel. Cumplirán el criterio de ordenación de 2 camas por mil habitantes en los que se incluirá las camas para alta complejidad, de acuerdo a las necesidades y prioridades nacionales y territoriales⁵ a más de los siguientes servicios:

I. MICROREDES DISTRIALES QUE LE CORRESPONDAN EN COBERTURA A LA ZONA.

a. Servicios de Tipo Ambulatorio

II. CONSULTORIO DE ESPECIALIDAD (ES) CLÍNICO-QUIRÚRGICO/AS

Es un establecimiento de salud independiente, cuya asistencia está dada por un profesional de la salud legalmente registrado, de las especialidades y subespecialidades reconocidas por la ley⁶.

III. CENTRO DE ESPECIALIDADES

Es un establecimiento de salud con personería jurídica que cuenta con un director que puede ser un/una profesional de la salud responsable legalmente, registrado que da atención de consulta externa en las especialidades básicas y subespecialidades reconocidas por la ley, según su especificidad para cada profesión, con servicios de apoyo básico⁷

IV. CENTRO CLÍNICO-QUIRÚRGICO AMBULATORIO (HOSPITAL DEL DÍA)

Es un establecimiento ambulatorio de servicios programados, de diagnóstico y/o tratamiento clínico o quirúrgico, que utiliza tecnología apropiada. Dispone de camillas y camas de recuperación para una estancia menor a 24 horas. Cuenta con las especialidades y subespecialidades reconocidas por la ley, farmacia institucional para el establecimiento público y farmacia interna para el establecimiento privado con un stock de medicamentos autorizados. Las camas de este centro no son censables.

b. TIPO HOSPITALARIO ⁸

V. HOSPITAL BÁSICO

Establecimiento de salud que brinda atención clínica – quirúrgica y cuenta con los servicios de: consulta

⁵ Criterio de Planes funcionales. Subsecretaría de Provisión de Servicios de Salud. 2012

⁶ Acuerdo Ministerial 1203. Mayo 2012.

⁷ IDEM 6

⁸ IDEM 6

externa, emergencia, hospitalización clínica, hospitalización quirúrgica, medicina transfusional, farmacia institucional para el establecimiento público y farmacia interna para el establecimiento privado con un stock de medicamentos autorizados; atención básica de quemados, rehabilitación y fisioterapia, trabajo social; cuenta con las especialidades básicas (medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general, anestesiología) odontología, laboratorio clínico, imagen. Efectúa acciones de fomento, protección y recuperación de la salud, cuenta con servicio de enfermería, resuelve las referencias de las unidades de menor complejidad y direcciona la contrarreferencia.

El hospital básico estará en la microred distrital cuando se encuentre en el mismo espacio distrital, por su estrecha relación con el primer nivel de atención.

VI. HOSPITAL GENERAL

Establecimiento de salud que brinda atención clínico - quirúrgica y ambulatoria en consulta externa, hospitalización, cuidados intensivos, cuidados intermedios y emergencias; con especialidades básicas y subespecialidades reconocidas por la ley.

Además de los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento (Laboratorio clínico, imagenología, anatomía patológica, nutrición y dietética, medicina física y rehabilitación), farmacia institucional para el establecimiento público y farmacia interna para el establecimiento privado; unidad de diálisis, medicina transfusional, trabajo social, unidad de trauma, atención básica de quemados.

Resuelve las referencias recibidas de las unidades de menor complejidad y direcciona la contrarreferencia.

VII. UNIDADES MÓVILES: pueden ser para Atención y de Apoyo, según demanda.

VIII. SERVICIO DE TRANSPORTE Y ASISTENCIA SANITARIA/AMBULANCIA: Primario, Prehospitalario y Secundario: según el modelo de gestión vigente de atención prehospitalaria y del sistema de referencia, contrarreferencia y derivación.

c. ESTABLECIMIENTOS DE TERCER NIVEL COMO⁹:

IX. CENTRO ESPECIALIZADO

Establecimiento de salud, con personería jurídica legalmente registrado, bajo la responsabilidad de un profesional de la salud, con o sin hospitalización, que presta servicios de apoyo diagnóstico, terapéutico, recuperación o rehabilitación en una especialidad definida como: centros de hemodiálisis, radioterapia externa, hemodinamia.

Los prestadores de salud públicos y privados tienen como rol, la ejecución de las acciones integradas de promoción, prevención, recuperación de la salud (incluida la atención prehospitalaria), como también la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas, las familias y la comunidad. En lo que se refiere a su funcionamiento, se someten al control y vigilancia del Ministerio de Salud Pública (MSP), en cuanto al cumplimiento de las políticas, normas, planes y programas que se hayan aprobado.

Los establecimientos de servicios de salud se están fortaleciendo de acuerdo a su capacidad resolutoria normada a nivel del MSP y los de las otras instituciones públicas del sector salud, en base a las normas nacionales emitidas por la Autoridad Sanitaria Nacional.

2.2.6.3. Macroredes

Se denominan macroredes a la reunión organizada de servicios de salud que cubren el territorio nacional debido a que los establecimientos de salud de su zonal ofertan servicios de alta especialidad y complejidad a los usuarios que acceden referidos de todo el nivel nacional. Están conformadas por las redes zonales y los hospitales de III y IV nivel de atención, que ofrecen servicios de alta complejidad, como por ejemplo: trasplantes, cirugía cardíaca.

a. SERVICIOS QUE VAN A INTEGRAR LAS MACROREDES.

b. REDES ZONALES Y LOS HOSPITALES DE TERCER Y CUARTO NIVEL

I. HOSPITAL ESPECIALIZADO

Establecimiento de salud de alta complejidad, que provee atención ambulatoria en consulta externa, emergencia y hospitalaria de una determinada especialidad y/o subespecialidad, farmacia institucional para el establecimiento público y farmacia interna para el establecimiento privado, de acuerdo al perfil epidemiológico y/o patología específica de tipo agudo y/o crónico; atiende a la población mediante el sistema de referencia y contrarreferencia. Esta atención médica especializada demanda de tecnología de punta, recursos humanos, materiales y equipos especializados.

II. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

Establecimiento de salud de la más alta complejidad, que provee atención ambulatoria en consulta externa, emergencia y hospitalización en las especialidades y subespecialidades de la medicina. Cuenta con farmacia institucional para el establecimiento público y farmacia interna para el establecimiento privado. Destinado a brindar atención clínico - quirúrgica en las diferentes patologías y servicios. Atiende a la población del país, a través del sistema de referencia y contrarreferencia; su ámbito de acción es nacional o regional.

⁹ IDEM 6

III ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE CUARTO NIVEL

III.1. Centros de experimentación clínica de alta especialidad.

Son establecimientos que atienden a personas que presentan casos complejos de salud, establecimientos que pueden estar anidados o no a un Hospital de la Red Pública. Deben contar con alta tecnología para su funcionamiento y deberán tener la aprobación especial del Ministerio de Salud Pública, y de la ARCSA. Para la experimentación clínica deben cumplir lo establecido en el Comité de Bioética de investigación.

III.3. UNIDADES MÓVILES: pueden ser para Atención ambulatoria y de hospitalización y de Apoyo, de acuerdo a la demanda.

III.4. SERVICIO DE TRANSPORTE Y ASISTENCIA SALNITARIA/AMBULANCIA: Primario, Prehospitalario y Secundario, según el modelo de gestión de atención prehospitalaria y del sistema de referencia, contrareferencia y derivación .

(Anexo No 9- Acuerdo 1203 -Tipología de Unidades o el documento legal que lo reemplace).

2.3. ESTRUCTURA DE GESTIÓN

La estructura de gestión se refiere a los mecanismos de conducción y direccionamiento de la RPIS y su articulación y complementariedad con los proveedores de servicios de salud privados. Es importante, destacar el rol de rectoría que el MSP asume en la conducción y regulación de la RPIS.

2.4. ÁMBITO DE GESTIÓN

2.4.1. Proceso gobernante a cargo del Ministerio de Salud Pública

Define las políticas, normativas y estándares para el Sistema Nacional de Salud y la estructuración y funcionamiento de la Red Pública Integral de Salud, en el marco de la Constitución de la República del Ecuador y de la normativa vigente.

Dirige la gestión y planificación para el diseño, implementación, control y evaluación de la RPIS que articula los establecimientos de salud públicos y su complementariedad con los establecimientos

de salud privados de un territorio, en base en el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), y el marco normativo nacional.

2.4.2. Procesos sustantivos (nivel central) a cargo de la Subsecretaría de Gobernanza de la Salud Pública

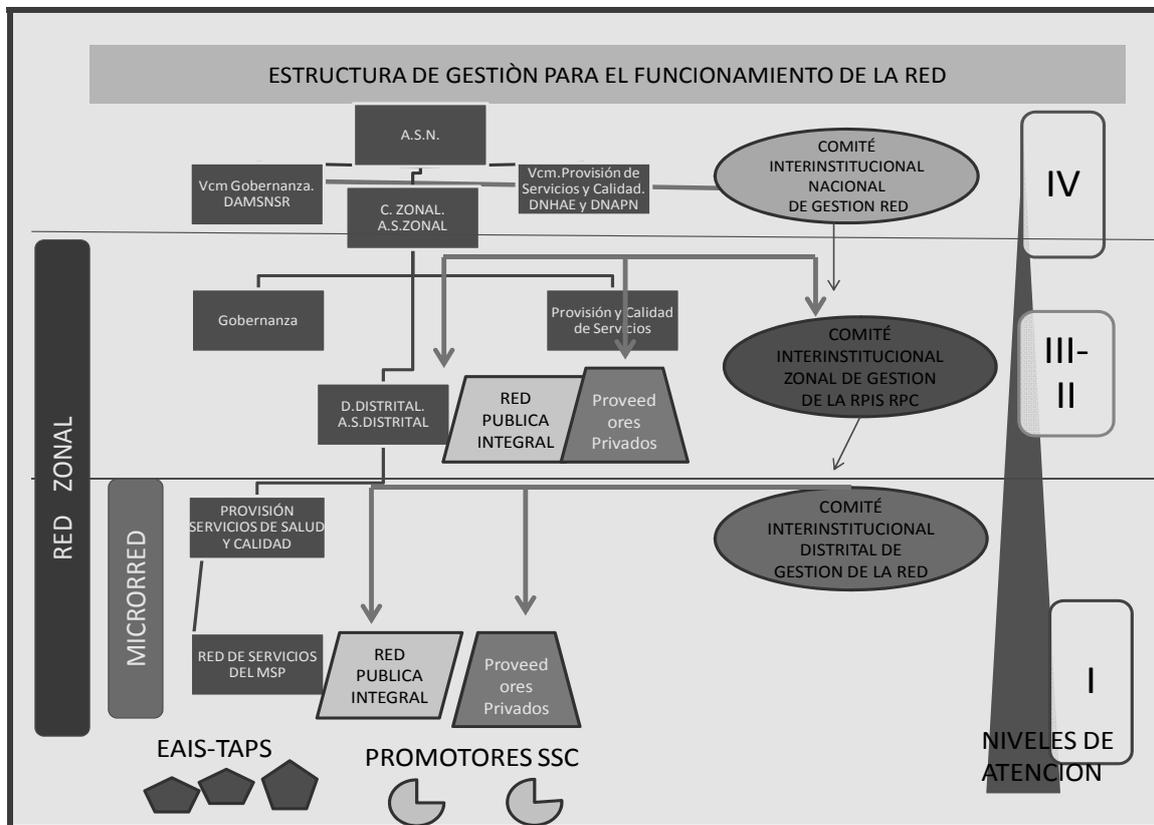
- Establece los procesos de diseño, implementación y evaluación de la Red Pública Integral de Salud y la complementariedad con los establecimientos de salud privados para garantizar la optimización y uso apropiado de recursos, potenciar fortalezas y acceso efectivo a la atención de salud con continuidad, calidad y equidad.
- Co-participa en esta responsabilidad la Subsecretaría de Provisión de Servicios de Salud.
- Asegura la articulación, coordinación y concertación entre las instituciones del Sistema Nacional de Salud, así como la implementación de las políticas, normas, convenios, estándares y herramientas técnicas en los diferentes niveles territoriales del Sistema Nacional de Salud definidas por la ASN, de modo que respondan a las demandas y necesidades de salud de la población.

2.4.3. Procesos desconcentrados a cargo de Coordinaciones Zonales y Direcciones Distritales de Salud.

- Conforman las redes territoriales de cada zona y distritos, con el conjunto de establecimientos de salud públicos y en complementariedad de los servicios de salud privados, dentro de su territorio, los mismos que se articulan y coordinan entre sí para resolver de manera efectiva y eficiente las necesidades de salud de la población.
- Articula los establecimientos de salud públicos y privados en los territorios específicos, desde el primer contacto y la puerta de entrada en el primer nivel de atención hasta el cuarto nivel de atención y complejidad, que se requiera en base a los lineamientos nacionales establecidos.
- La macrored es coordinada por una Coordinación Zonal de Salud. En esta fase, son las Coordinaciones Zonales 9, 8 y 6 las que tienen macroredes, para lo cual establecerá un ámbito de coordinación funcional colectivo con las otras Coordinaciones Zonales de Salud de influencia.

A continuación, se visualiza de forma esquemática la estructura de gestión que se desarrolla en los siguientes puntos.

GRÁFICO 5. ESTRUCTURA DE GESTIÓN PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LA RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD



Elaboración: equipo de trabajo DNARPCS. 2014

2.5. COMPETENCIAS POR NIVEL DE GESTIÓN DEL MSP EN RELACIÓN A LA ESTRUCTURACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA RPIS.

Las competencias y atribuciones de los distintos niveles de gestión del MSP, se muestran en la tabla 1.

TABLA 1. COMPETENCIAS DE LOS NIVELES DE GESTIÓN DEL MSP

NACIONAL	ZONAL	DISTRITAL
<ul style="list-style-type: none"> Definir las políticas y normas nacionales de provisión y prestación. Establecer el conjunto de prestaciones de salud. Normas de atención (protocolos de atención y de intervenciones sanitarias) y de servicios de salud (niveles de complejidad y estándares de los servicios). Normas de calificación, selección y contratación de prestadores Tarifario Nacional Niveles remunerativos de los recursos humanos. Regula y gestiona el financiamiento, la asignación y 	<ul style="list-style-type: none"> Promover y adaptar la regulación nacional en las actividades y servicios en materia de salud. Propone, implementa y controla la ejecución de la Planificación zonal de los establecimientos de salud Diseño y gestión de la red zonal y sus flujos. Organizar y asignar los establecimientos de salud por niveles de atención y gestión de la red, que brindan servicios en la zona, en coordinación con los actores locales. 	<ul style="list-style-type: none"> Aplica la regulación nacional en las actividades y servicios en materia de salud. Implementa la Planificación distrital de los establecimientos de salud y su funcionamiento en red. Diseño y gestión de la microrred y sus flujos. Organiza, reglamenta y administra los servicios públicos de su responsabilidad. Regula y controla los establecimientos privados en su ámbito territorial Dicta las instrucciones sobre los aspectos de su responsabilidad y

NACIONAL	ZONAL	DISTRITAL
<p>formas de reconocimiento económico para los servicios de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planificación Nacional de la RPIS • Definición de polos de desarrollo de prestaciones de alcance nacional • Coordinación nacional de la RPIS • Control y Evaluación técnico-financiera • Planificación nacional de establecimientos de salud por niveles de complejidad, establece normas de licenciamiento y acreditación (públicos y privados) • Determinar las directrices y lineamientos para el análisis estadístico y matemático de las estadísticas institucionales del sector salud • Centralizar, administrar y garantizar la construcción y actualización permanente de bases de datos, información estadística y los productos generados por el Sistema Nacional de Salud. • Establece y define el modelo de monitoreo y seguimiento de las actividades de salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Organizar, implementar y mantener los servicios de salud en red para la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, en coordinación con los actores locales. • Dictar las instrucciones sobre los aspectos de su responsabilidad y los servicios de su competencia en el marco de las normativas nacionales • Garantizar la referencia, derivación, contrareferencia, derivación • Articulación ESS públicos y privados complementarios • Supervisar y fiscalizar los servicios de salud públicos y privados. • Planificar, financiar y controlar la ejecución de proyectos de infraestructura sanitaria y equipamiento, acorde a la normativa establecida, promoviendo el desarrollo tecnológico en salud en el ámbito zonal. • Gestión de pacientes y de pagos a establecimientos de salud • Coordinar la implementación y cumplimiento de metodologías, manuales y procedimientos para recolección, validación, procesamiento y análisis de datos e información institucional y espacial de la zona, en base a los lineamientos emitidos desde planta central • Seguimiento monitoreo y evaluación de la aplicación del procesamiento de la información estadística de la zona. • Monitoreo y seguimiento de resultados de salud e integración de la Red 	<p>los servicios de su competencia en el marco de las normativas nacionales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestiona la articulación de establecimientos de salud del I nivel de atención, así como proponer la construcción y equipamiento de los mismos en espacios territoriales que los necesiten, en coordinación con actores locales y organismos zonales y nacionales de salud pertinentes. • Organiza y controla la prestación de servicios integrales de salud y la promoción de la salud, • Fortalece la participación ciudadana en los procesos de planificación, funcionamiento y veeduría social de la RPIS, de acuerdo a la realidad local. • Articula las intervenciones con base a las prioridades y estrategias nacionales y la realidad local. • Organiza las referencias, contra referencias y continuidad de la atención • Articula a los ESS públicos y privados que existieren. • Establece los requerimientos en base a las brechas de recursos económicos, humanos y físicos en función de las necesidades de su territorio. • Gestión de pacientes y de planillaje de prestaciones • Ejecución y reportes de control del cumplimiento de metodologías, manuales y procedimientos para recolección, validación, procesamiento y análisis de datos e información institucional del sector salud del distrito, en base a lineamientos emitidos desde el nivel central • Monitoreo y seguimiento de resultados de salud e integración de la Microred

Elaboración: equipo de trabajo DNARPCS. 2014

2.6. FUNCIONAMIENTO DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD

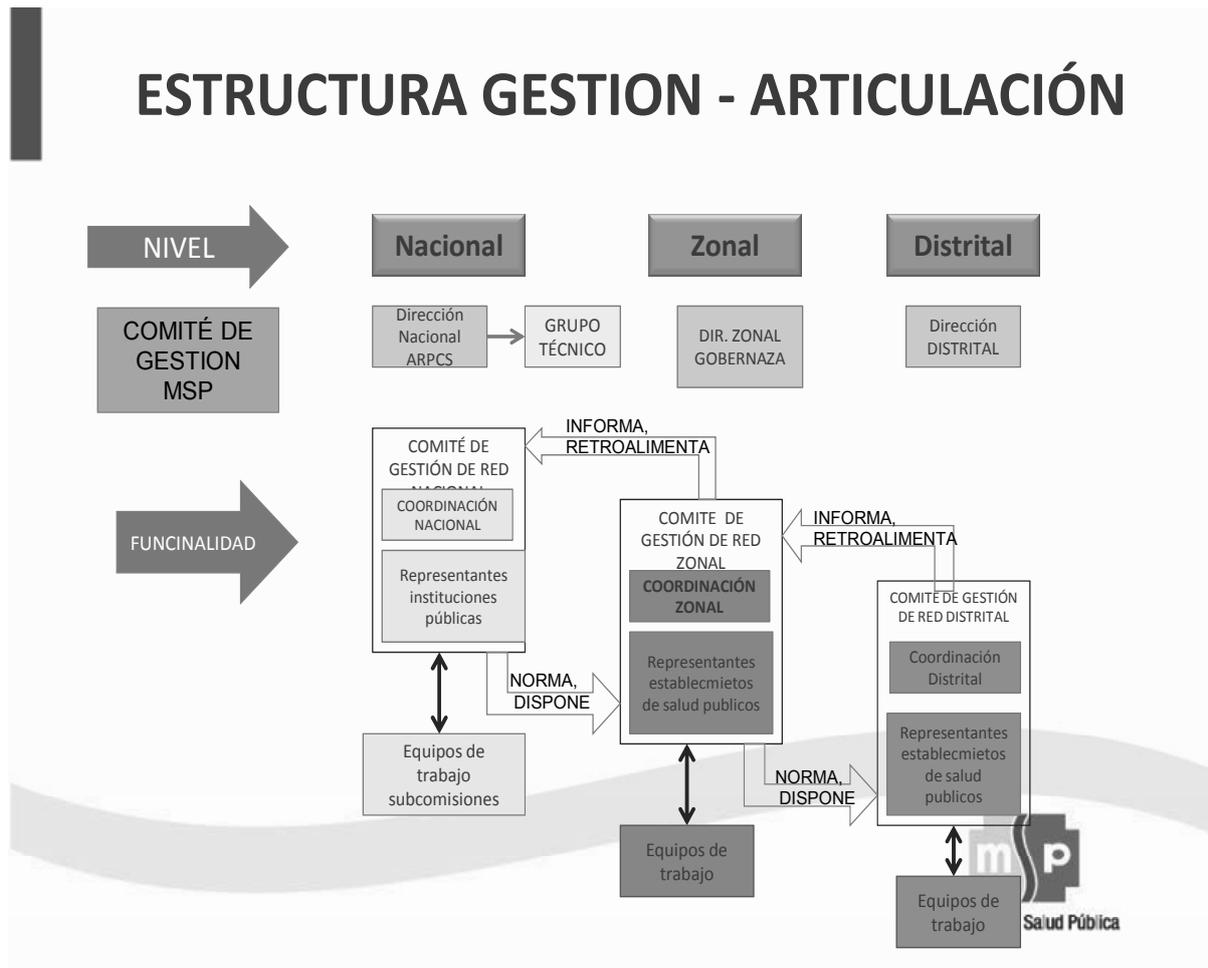
El Ministerio de Salud Pública (MSP) como responsable de la regulación, normatización y control del Sistema Nacional de Salud establece los lineamientos estratégicos, normativas para la coordinación, articulación y operación de la RPIS a niveles nacional, zonal y distrital.

La RPIS en todos los niveles de gestión desconcentrada está liderada por el MSP como Autoridad Sanitaria Nacional y rector del Sistema Nacional de Salud.

La estructura de gestión para el funcionamiento en Red, tiene como propósito lograr una mayor capacidad resolutoria, a un aumento de la eficiencia y la eficacia, mediante el intercambio y la colaboración e implica la nivelación, y actualización continua de la formación de sus equipos de salud.

Para la conducción, organización y funcionamiento de la RPIS, se establece las siguientes instancias a nivel nacional, zonal y distrital.

GRÁFICO 6. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA RPIS



Elaboración: equipo de trabajo DNARPCS. 2014

2.6.1. A nivel nacional

Comité Directivo: este comité está integrado por las máximas autoridades de las instituciones, que conforman la Red Pública Integral de Salud (RPIS), y es presidido por la máxima autoridad del Ministerio de Salud Pública.

Tiene a su cargo la coordinación y articulación de los establecimientos de salud para el cumplimiento de las definiciones estratégicas como políticas, lineamientos para su regulación, coordinación y articulación emitidas por la ASN, para la integración y desarrollo de RPIS y su complementariedad con los prestadores privados de servicios de salud, garantizando el respeto de los derechos,

dignidad de las personas, equidad en la atención integral de salud, y exigiendo el cumplimiento de los estándares de calidad establecidos.

2.6.2. A nivel central del MSP

La Subsecretaría de Gobernanza de la Salud, a través de la Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud (DNARPCS), es responsable de la gestión de la de RPIS y su complementariedad con los prestadores privados de servicios de salud; coordina con la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud y la Coordinación Nacional de Coordinaciones Zonales para la Gestión Integral de la Red en cada territorio.

La Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud, es la instancia responsable de elaborar la normativa y lineamientos operativos para ser aprobados por el Comité Interinstitucional de Gestión de la RPIS en el nivel nacional y valida las propuestas técnico-normativas de cualquier instancia del nivel central del MSP, antes de ser presentadas a este Comité, que serán sometidas a la aprobación de las autoridades institucionales y la ASN.

Para fortalecer, consensuar y consolidar una coordinación y articulación territorial e interinstitucional, se conforman las siguientes instancias:

• **Comité de Gestión de la Red Pública Integral de Salud - Nacional**

Se integra para apoyar la gestión nacional de la RPIS a nivel nacional. Este Comité está conformado por:

- Delegados/as de las instituciones que conforman la RPIS, identificados como Prestadores y Administradores/pagadores de servicios de salud, estará presidido por el Delegado/a de la Autoridad Sanitaria Nacional como lo señala el Convenio Marco Interinstitucional en la obligación número 6, en el ámbito nacional.
- La Secretaría Técnica del Comité Interinstitucional de Gestión de la Red Pública Integral de Salud y sus Subcomisiones, será de responsabilidad de la DNARPCS del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Las Subcomisiones básicas son:

- Planificación territorial
- Emergencias
- Tarifario
- Costos
- Talento Humano
- Medicamentos e insumos
- Información y tecnología sanitaria
- Trasplantes
- Discapacidades

Las subcomisiones tienen un carácter asesor y consultivo, elaboran insumos técnicos en cada uno de los ejes temáticos para que se tomen las decisiones por parte de las autoridades de las instituciones de salud pública y emitidos por la ASN.

2.6.3. A nivel zonal

La Coordinación Zonal de Salud, a través de la Dirección Zonal de Gobernanza y Dirección Zonal de Provisión y Calidad de Servicios, coordinan la Gestión de la Red Zonal, analizan, gestionan y armonizan la oferta y demanda, en

función de los requerimientos de salud de la población y presentan el plan anual de desarrollo de la RPIS respectiva.

• **Comité de Gestión de Red Pública Integral de Salud – Zonal**

Con carácter asesor y coordinador, propone las medidas que se consideren necesarias para optimizar la adecuada y eficiente coordinación y desarrollo de los establecimientos de salud de diferente capacidad resolutive de hospitales, centros especializados y atención ambulatoria y/o del día y los de Primer Nivel de Atención, en el marco de los lineamientos nacionales definidos por la Autoridad Sanitaria Nacional.

Este Comité está conformado por:

- El/la Coordinador Zonal de Salud o su delegado, quien lo preside
- Delegado de la Dirección Zonal de Gobernanza
- Delegado de la Dirección Zonal de Provisión y Calidad de los Servicios de Salud.
- Las y los delegados de los prestadores de servicios de salud de diferente nivel de atención, capacidad resolutive y de instancias administrativas (pagadoras y/o financiadoras) públicas dentro de su jurisdicción, de acuerdo a la realidad local.

La Coordinación Zonal de Salud en el marco de la normativa nacional, establecerá relaciones con otras instituciones estatales, instituciones privadas de servicios de salud, que integren el Sistema Nacional de Salud en la zona y que no se encuentren incluidas en el Convenio Marco Institucional.

2.6.4. A nivel distrital

- **Comité de Gestión de la Red Pública Integral de Salud – Distrital:** con carácter asesor y coordinador, proponiendo todas las medidas que se consideren necesarias para optimizar la adecuada y eficiente articulación y desarrollo de los diferentes establecimientos de salud, de diferente capacidad resolutive de hospitales básicos, y los del primer nivel de atención, garantizando el principio de continuidad de atención.

Los establecimientos tanto públicos como privados, estarán supeditados a las mismas reglas técnicas y financieras establecidas por el MSP, la recolección y tratamiento de datos y a los sistemas de información, que deberán mantener; serán coordinados por el cuerpo directivo del Distrito respectivo.

El Comité será liderado por el Director de la Dirección Distrital de Salud, su alterno será el Responsable Distrital de Provisión, quien estará a cargo de la Gestión de la Red; Su función es analizar, armonizar y gestionar la oferta y demanda, en función de los requerimientos de salud de la población y presentar el plan anual de desarrollo de las Microredes respectivas a la Coordinación Zonal de Salud correspondiente.

Este Comité está conformado por:

- Las y los delegados de los establecimientos de salud de las instituciones que conforman la RPIS, estará presidido por el Director/a Distrital de Salud o su delegado como Autoridad Sanitaria como lo señala el Convenio Marco Interinstitucional en la obligación número 6.

Los diferentes Comités podrán establecer reuniones de coordinación con la Red Privada Complementaria, de manera sistemática.

2.7. PROCESOS DE PLANIFICACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD

Un funcionamiento en red de los establecimientos de servicios de salud permite que las personas resuelvan problemas de salud de diferentes complejidades, cooperativamente, en diferentes establecimientos; así, un mismo proceso clínico por una enfermedad cualquiera tiene etapas, que se desarrollan en el primer nivel y etapas en que las personas pueden requerir ser derivadas a atenciones especializadas, ya sea en la modalidad ambulatoria u hospitalaria.

El proceso clínico es entonces la guía del proceso de gestión

en red, y permite distinguir redes entre establecimientos, o “red de redes” que conectan procesos al interior de un mismo establecimiento de salud. Las normas de referencia y contrarreferencia, así como protocolos y guías de práctica clínica, deben ser diseñadas mirando la continuidad fluida de dichos procesos.

En estos procesos clínicos se vinculan acciones, ya sea sobre un determinado grupo etario, programa de salud o patología; también entre unidades diagnósticas o prestadoras de servicios de apoyo con unidades clínicas. El objetivo principal será la voluntad de contribuir eficaz y eficientemente a los procesos que se inician en el primer nivel y deben culminar allí, manteniendo la integralidad de la atención y visión coherente de los procesos. El objetivo es que el usuario reciba la atención lo más cerca de su espacio cotidiano de vivienda o trabajo.

Las Coordinaciones Zonales y las Direcciones Distritales son responsables del proceso de planificación, implementación y evaluación de la red en el territorio de su competencia.

El siguiente esquema resume los procesos, los elementos relevantes y el ordenamiento metodológico para realizar un proceso de diseño o rediseño de la Red Pública Integral de Salud, basado en el Modelo de Atención Integral de Salud y operacionalizado, a través del Modelo de Gestión de Red.

GRÁFICO 7. DISEÑO DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL BASADO EN EL MAIS Y MODELO DE GESTIÓN



2.7.1. Proceso de planificación, e implementación de la red pública integral de salud.

Es un proceso integrado y/o un componente de la planificación estratégica territorial de zonas y distritos de salud, a través del cual los integrantes del Comité de Gestión de la Red Pública Integral de Salud, liderados por el Coordinador/a Zonal, con la participación del Responsable Zonal de Gobernanza, Responsable Zonal de Provisión, Responsable Zonal de Promoción y Responsable Zonal de Planificación, analizan las necesidades de atención de salud de la población, la capacidad de oferta y diseñan un plan estratégico de mediano a largo plazo para dar respuesta a esas necesidades en forma conjunta, en base al MAIS y los lineamientos nacionales establecidos por la Autoridad Sanitaria Nacional.

La planificación y programación es el proceso, a través del cual, en función de un diagnóstico más detallado ordenan los recursos, estrategias y actividades, se fijan metas y se asignan responsabilidades, entre los distintos integrantes de la red, para enfrentar de manera armónica, coordinada y resolutive las necesidades, problemas y riesgos de salud del territorio.

La implementación que es el proceso de operacionalización de la planificación, se inicia con la socialización a todos los actores de la red y un plan comunicacional para la población.

Los procesos de implementación son:

2.7.1.1. Proceso de Articulación y Estructuración de las microredes, redes zonales y macroredes:

Para el funcionamiento de la Red Pública Integral de Salud (RPIS), es necesario verificar que todos los establecimientos operen con la estandarización de procedimientos, herramientas que se definen en este documento; que desarrollen y pongan en marcha las intervenciones prioritarias que se recomiendan a la vez que, se realice el adecuado monitoreo y evaluación de las mismas. Este proceso se lo realiza, a través de los Comités de Gestión de la Red a nivel nacional, zonal y distrital.

Cada Comité de Gestión de la Red debe mantener actualizada la siguiente información, en base a la normativa nacional:

- Misión, propósito y objetivo común.
- Propósito y objetivo común.
- Complementariedad de carteras entre ESS, integración vertical entre ESS de diferente nivel de atención y diversa complejidad; integración horizontal entre ESS del mismo nivel de atención.
- Estandarización de procesos y procedimientos de funcionamiento, en base a normativa emitida.
- Cooperación y acuerdos.
- Gestión y administración.

- Definición de responsabilidades, especialmente en la prioridad de la promoción y prevención.
- Mayor capacidad de resolución (carteras conjuntas, complementarias)
- Analizan y planifican en forma conjunta como disminuir las brechas en relación a la norma.
- Redistribuyen /comparten los recursos humanos y financieros.
- Reorganizan los procesos de atención y gestión.
- Establecen las formas de coordinación y optimización de recurso en conjunto

2.7.1.2. Gestión de pacientes, referente a la derivación de usuarios de una manera ordenada y coherente en relación a las necesidades, los recursos, brechas y capacidad resolutive de los prestadores.

Se analizarán y registrarán históricamente los siguientes aspectos:

- Proceso de organización de la derivación:
- Listado de prestadores acreditados, según normativa vigente
- Proceso de derivación de emergencia.
- Proceso de derivación de atención programada.
- Proceso de derivación de casos internacionales asignación y selección de prestadores
 - Carteras de servicios de prestadores de servicios de salud
- Coherencia en códigos de validación.
- Análisis estadísticos de causas de derivación y lugares derivadores y de derivación.
- Gestión de pagos a prestadores públicos y privados, mediante subprocesos que integran la revisión sistemática y analítica de los componentes, validando la necesidad del servicio, la adecuada realización del mismo en los términos técnicos, que correspondan y garantizan su calidad, la racionalidad del valor requerido por su prestación, En el campo de la salud, la validación está a cargo de la auditoría de facturación de la calidad de las cuentas médicas o auditoría de prestaciones sanitarias, según la norma vigente.
- Control técnico-médico.- Este proceso integra el control documental, control de la pertinencia médica y de las tarifas y liquidación.

La gestión de este proceso implica:

- Organización de los subprocesos
- Control de flujos y tiempos
- Identificación y propuestas de resolución de brechas de recursos

- Identificación y propuestas de resolución de nudos críticos
- Evaluación del desempeño de responsables del subproceso
- Información, al corte que se solicite, de los resultados de prestador.
- Control del cumplimiento de normativas vigentes
- Mantenimiento de Expediente de resultados por proveedor

Está integrado por los siguientes subprocesos:

a. Control administrativo y documental de Ingreso de solicitudes:

- Punto de ingreso de solicitudes de pago
- Mecanismo de recepción
- Identificación de responsable, equipo y nudos críticos
- Ejecución de la revisión documental: documentación de respaldo, flujos y tiempos
- Registro, control y producción de información
- Hojas de ruta de documentación

Subproducto 1:

- Expedientes de solicitudes revisados, según normativa, por proveedor y listos para ser enviados a subproceso de control técnico médico
- Registro de expedientes devueltos por no cumplimiento de normativa.

b. Control técnico médico:

- Identificación de responsable, equipo y nudos críticos
- Recepción de solicitudes.
- Organización del subproceso: asignación de expedientes por médico auditor
- Proceso de Auditoría Médica de facturación, flujos, tiempos
- Registro, control y producción de información
- Hojas de ruta de documentación/flujo
- Relación y procesos con contraparte en nivel central.

Subproducto 2:

- Expedientes por proveedor con evaluación de pertinencia médica, revisados según normativa, y listos para ser enviados a subproceso de control de tarifas y liquidación.
- Determinación de objeciones a la pertinencia médica de solicitudes/ expedientes a prestadores.
- Revisión de justificaciones y levantamiento de objeciones de control técnico médico.

c. Control técnico de tarifas y liquidación:

- Identificación de responsable, equipo y nudos críticos
- Recepción de solicitudes derivadas de control técnico médico
- Organización del subproceso: asignación de solicitudes por liquidador
- Proceso de revisión de tarifas y liquidación de solicitudes, flujos, tiempos
- Proceso de liquidación de solicitudes /cuenta y armado de carpeta para ser entregadas al proceso de pago efectivo (administrativo – financiero) con documentos habilitantes de pago.
- Registro, control y producción de información
- Hojas de ruta de solicitudes/flujo

Subproducto 3:

- Expedientes de solicitudes liquidados, según normativa por proveedor y listos para ser enviados a subproceso de administrativo- financiero.
- Expedientes armados para que se realice el pago a prestador.
- Oficio de solicitud de recursos financieros para el pago por grupo de proveedores

d. Control Administrativo Financiero:

- Identificación de responsable, equipo y nudos críticos
- Recepción de expedientes de control de tarifas y liquidación por grupos de proveedores
- Emitir Certificación Presupuestaria, flujos y tiempos
- Autorizar el Gasto, flujos y tiempos

- Autorizar el Pago , flujos y tiempos
 - Emitir Boletín de Egreso, flujos y tiempos
 - Solicitar Transferencia de fondos a Proveedores, flujos y tiempos
 - Realizar la transferencia bancaria a cuenta registrada de Proveedor
 - Registro, control y producción de información
 - Hojas de ruta de solicitudes/flujo
- tarifario vigente e instructivo 001-002 por proveedor
- CUR de pago por proveedor.
 - Transferencia a cuenta del proveedor
- 2.7.2. EVALUACIÓN DEL GRADO DE INTEGRACIÓN DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD**

Subproducto 4:

- Pago efectivo, según normativa vigente tanto financiera como de norma establecidas en el
- Para la evaluación de la integración de la RPIS, se asume el modelo planteado por la Organización Panamericana de la Salud.

TABLA 2. VARIABLES PARA EVALUACIÓN DE LA INTEGRACIÓN DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD

ÁMBITO DE ABORDAJE	ATRIBUTO	NIVEL DE PROGRESIÓN DE LOS ATRIBUTOS QUE CONFORMAN LAS REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD		
		RED FRAGMENTADA	RED PARCIALMENTE INTEGRADA	RED INTEGRADA
MODELO ASISTENCIAL	1. Población y territorio	Sin población/territorio a cargo	Población/territorio a cargo definidos, pero con escaso conocimiento de sus necesidades en salud	Población/territorio a cargo definidos, y amplio conocimiento de sus necesidades en salud, las cuales determinan la oferta y servicios de salud
	2. Oferta de servicios	Inexistente, muy limitada o restringida al primer nivel de atención	Comprende todos o la mayoría de niveles de atención, pero con gran predominio de servicios de salud personales	Una extensa red de establecimientos de salud, que comprende todos los niveles de atención, y que provee e integra tanto los servicios de salud personales como los de salud pública.
	3. Primer nivel de Atención	Predominio de programas verticales que funcionan en forma desintegrada	Actúa como puerta de entrada al sistema pero con muy poca capacidad de resolución e integración de servicios	Actúa como puerta de entrada al sistema, integra y coordina el cuidado asistencial, y resuelve la mayoría de las necesidades de salud de la población.
	4. Atención especializada	Acceso desregulado a especialistas.	Acceso regulado a la atención especializada pero de predominio hospitalario	Prestación de servicios especializados se dan preferentemente en ambientes.
	5. Coordinación asistencial	No hay coordinación asistencial	Existencia de mecanismos de coordinación asistencial, pero que no cubren todo el continuo del cuidado de la salud.	Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo del cuidado de la salud
	6. Foco de cuidado	Centrado en la enfermedad	Centrado en el individuo	Centrado en la persona, la familia y la comunidad/territorio
GOBERNANZA Y ESTRATEGIA	7. Gobernanza	No hay función clara de gobernanza	Múltiples instancias de gobernanza que funcionan en forma independiente unas de otras	Un sistema de gobernanza único para toda la red
	8. Participación	No hay instancias de participación social	Las instancias de participación son limitadas	Participación social amplia
	9. Intersectorialidad	No hay vínculos con otros sectores	Existen vínculos con otros sectores sociales	Acción intersectorial más allá de los sectores sociales

ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN	10. Gestión de Apoyo	Gestión de apoyo desintegrada	Gestión de apoyo clínica integrada pero sin integración de los sistemas de apoyo administrativo y logístico	Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico.
	11. Recursos Humanos	Insuficientes para las necesidades de la red	Suficientes, pero con deficiencias en cuanto a competencias técnicas y compromiso con la red	Suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red
	12. Sistemas de Información	No hay sistemas de información	Múltiples sistemas que no se comunican entre si	Sistema de información integrado y que vincula a todos los miembros de la red, con datos desglosados según variables pertinentes.
	13. Desempeño y resultados	No hay medición de desempeño y resultados	Medición de desempeño centrado en insumos y procesos	Medición de desempeño centrado en resultados en salud y satisfacción de usuarios
SISTEMA DE ASIGNACIÓN E INCENTIVOS	14. Financiamiento	Insuficiente y discontinuo	Financiamiento adecuado pero con incentivos financieros no alineados	Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red como un todo

OPS “Redes integradas de servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y hoja de Ruta para su implementación en las Américas” Serie: La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No. 4. Washington D, C.: OPS, © 2010.

(Anexo No 5 – Metodología para aplicar la evaluación de la interacción de la RED)

CAPITULO III

LINEAMIENTOS OPERATIVOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD Y LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD

La implementación del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) y como parte del mismo la Red Pública Integral de Salud (RPIS) debe ser desde los distritos hacia las zonas, desde las zonas al nivel nacional, en base a estos lineamientos operativos.

Los elementos esenciales para la operativización del MAIS y la RPIS son:

3.1. ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD Y LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD

Para lograr la articulación y funcionalidad de la RPIS, se debe considerar e implementar los siguientes aspectos que deben ser planificados:

- Adscripción poblacional a la unidad de salud más cercana y designación de la población-familias al Equipo de Atención Integral de Salud (EAIS).
- Organización de la Atención Integral de Salud, a través de acciones extramurales e intramurales, de acuerdo a la capacidad resolutoria de los establecimientos de todos los niveles de atención que ofertan el conjunto de prestaciones de salud. (Anexo 13- Conjunto de Prestaciones Integrales de Salud)
- Cartera de servicios detallada y disponible.
- Implementación de la referencia-contrareferencia, que garantice la oportunidad y continuidad de las prestaciones, de acuerdo a la normativa nacional.
- Flujos de comunicación e información entre establecimientos de servicios de salud y niveles de atención para garantizar el continuum de atención
- Licenciamiento y calificación de todos los establecimientos de salud públicos y privados.
- Organización de la RPIS y redes específicas como la de atención de urgencias, salud renal, etc.
- Aplicación y cumplimiento de normativas y estándares comunes definidos por la Autoridad Sanitaria Nacional.
- Implementación de un modelo de financiamiento y reconocimiento económico, según las normativas nacionales del MSP.

3.2. PROVISIÓN DE SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD

La provisión se relaciona con la oferta de servicios integrales e integrados de salud, que garantizan la continuidad en la atención, y responden a las necesidades de salud de la población, a nivel individual, familiar, comunitario y del entorno.

La estructuración de la oferta de servicios parte de las características y necesidades de la demanda por ciclo de vida, la pertinencia étnica y de género en el marco normativo de la Autoridad Sanitaria Nacional, para lo cual es vital la información del diagnóstico situacional, así como la priorización de condiciones y problemas de salud, considerando criterios como la evitabilidad y equidad; la oferta de servicios de salud funcionará en red.

3.2.1. Atención extramural a nivel comunitario y familiar

3.2.1.1. A nivel comunitario

Para responder a las necesidades de atención de la comunidad, instituciones educativas, centros de personas privadas de la libertad y centros laborales se debe aplicar el Modelo de Atención Integral, según la normativa del MSP.

Las actividades extramurales deben adecuarse a la realidad y necesidades de la población a nivel local y comprenden entre otras:

- Prácticas saludables- Ver Anexo No. 13
- Entornos saludables- Ver Anexo No. 13
- Participación ciudadana- Ver Anexo No. 13
- Organización de brigadas de atención de salud integral en las comunidades alejadas, de difícil acceso, y que no cuentan con servicios de salud cercanos, así como a grupos de población cautiva (instituciones educativas y de cuidado infantil), a los que se entregarán las prestaciones definidas por el Ministerio de Salud Pública (MSP) para unidades del primer nivel. Estas brigadas pueden ser:
 - **Brigadas de Salud Integral.**- El Equipo de Atención Integral de Salud (EAIS) se movilizará, de acuerdo a una programación, a poblaciones de difícil acceso, llevando insumos, medicamentos, vacunas, equipamiento móvil, entre otros. Se realizarán actividades de atención integral (promoción, prevención y curación de la salud, salud mental), identificación y seguimiento de familias en riesgo, a través del uso de las Fichas Familiares.

La Dirección de Distrito realizará, en coordinación con el equipo de la unidad operativa, la gestión para el apoyo logístico. Además, el equipo de salud coordinará con la comunidad la intervención.

- **Brigadas de atención médica/obstétrica/psicológico/odontológica (de especialidad).**- De acuerdo a las necesidades identificadas en el territorio se realizará brigadas de atención con especialistas, en coordinación con la dirección distrital.

3.2.1.2. A nivel familiar

Las mismas que se definen en las prestaciones de atención a las familias:

- Visita domiciliar que incluye la implementación de la ficha familiar y la adscripción
- Dispensarización y planes de atención familiar, de acuerdo al análisis de la ficha familiar, que permite la detección precoz y atención integral de problemas de salud, riesgos sociales, ambientales, psicológicos, deficiencia y discapacidades (físico-motora, intelectual, auditiva, y visual) con sus respectivos registros,
- Implementación de visita domiciliaria para cuidados médicos y/o de enfermería a personas que por la naturaleza de la enfermedad y/o discapacidad, emergencia o condición terminal, requieran atención y no pueda movilizarse hacia los establecimientos de salud, de cualquier nivel de atención que lo programe. Además, el equipo de salud hará el seguimiento y evaluación y coordinará con el nivel de atención y capacidad resolutoria que se requiera.
- Organización de actividades de rehabilitación y cuidados paliativos en la familia.

3.2.2. Atención intramural proporcionada en los establecimientos de salud

Según su nivel de atención y capacidad resolutoria se desarrollarán las actividades de promoción de la salud, preventivas, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, aplicando el conjunto de prestaciones integrales, de calidad y con calidez por ciclo de vida y las normas de atención del MSP, según la tipología de establecimientos de salud.

Las actividades deberán ser planificadas anualmente para estimar el volumen de atenciones y la cantidad de insumos y medicamentos, que requieren los establecimientos de salud.

3.3. IMPLEMENTACIÓN DEL MAIS Y LA RPIS EN LOS DISTRITOS DE SALUD

Para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud, Modelo de Gestión de la RPIS, el Equipo de Gestión Distrital del MSP deberá elaborar la hoja de ruta, considerando las funciones/competencias y las actividades que tiene que desarrollar.

3.3.1. Funciones de la Dirección Distrital de Salud para implementar el Modelo de Atención Integral de Salud y la Red Pública Integral de Salud

Las funciones se muestran en la tabla siguiente:

TABLA 3. FUNCIONES DE LA DIRECCIÓN DISTRICTAL DE SALUD

COMPONENTES	ACTIVIDADES
1. Socialización del MAIS	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de actores locales relevantes – mapeo de actores • Planificación, organización, preparación de materiales para talleres • Sensibilización a los representantes zonales/distritales intersectoriales.
2. Análisis de situación de salud del distrito, e identificación de resultados de impacto social articulados a las metas del Plan Nacional del Buen Vivir.	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de la Situación Integral de Salud (ASIS)- Diagnóstico inicial, planificación participativa. • Sectorización geo-poblacional del ámbito de intervención en territorio. • Identificación de Proyectos de salud en el territorio. • Con la información obtenida, se elabora la Sala situacional del Distrito. (Anexo 5).
3. Planificación estratégica y programación, según normas del MSP.	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de Planes Estratégicos Participativos del Distrito en forma interinstitucional e intersectorial. • Plan Operativo Anual (POA) consolidado del territorio, en coordinación con equipos integrales de salud y todos los establecimientos de salud del territorio, articulando los lineamientos y estrategias nacionales en cuatro perspectivas: <ul style="list-style-type: none"> – Usuario – Procesos gobernante y agregadores de valor – Financiera – Innovación y aprendizaje • Cálculo de recursos corrientes anuales para desarrollo de actividades técnico-administrativas, intramurales y extramurales por circuito definidas en el POA: <ul style="list-style-type: none"> – Humanos – medicamentos, – insumos , – suministros, – prendas de protección, – logística – movilizaciones • Cálculo de recursos de inversión anuales para desarrollo de actividades intramurales y extramurales por circuito definidas en el POA: <ul style="list-style-type: none"> – Infraestructura – Equipamiento, – Capacitación <p>Determinación de metas y compromisos de gestión para alcanzar resultados de impacto social a nivel del distrito</p>

<p>4. Gerencia del Distrito y Administración de recursos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consolidación de las necesidades de recursos identificadas en el plan operativo anual del distrito y sus circuitos. • Elaboración de Presupuesto Distrital en base al POA de los requerimientos del MSP. • Elaboración del PAC con Planes de Infraestructura, equipamiento, Planes de mantenimiento. • Ejecución presupuestaria e informes. • Apoyar la logística para movilizaciones y actividades extramurales • Plan de monitoreo, supervisión y seguimiento distrital <p>Coordinar los procesos de investigación-acción, intercambio y sistematización de experiencias exitosas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordinar la implementación de los procesos de capacitación y formación del talento humano a nivel distrital (Técnicos de Atención Primaria en Salud, postgrado en Medicina Familiar y Comunitaria, carrera sanitaria).
<p>1. Organizar y conducir la Microrred Distrital, Red Pública Integral de Salud (RPIS) y la Red Privada Complementaria (RPC)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Definición de puerta de entrada y adscripción de población a cada establecimiento por parroquia. • Distribución de los Equipos Integrales de Salud • Identificación de cartera de servicios de cada establecimiento públicos y privados del territorio de la Microrred. • Establecimiento de los flujos de atención, referencia-contrareferencia y las relaciones con la Red zonal correspondiente. • Elaboración de intervenciones para el funcionamiento integrado de todos los establecimientos de salud tanto para las actividades intramurales como extramurales. • Análisis de brechas de atención en el territorio y sus soluciones • Organización de las unidades operativas, equipos integrales, y unidades móviles de salud, del primer nivel de atención, para la implementación de las prestaciones por ciclos de vida, aplicando las normas y protocolos del MSP . • Organizar el Comité Técnico Interinstitucional de Gestión de la Red • Preparar la logística y movilizaciones para desarrollo de actividades extramurales • Optimizar los recursos en la Microrred • Diseñar los flujos de atención en el primer nivel y hacia los otros niveles de mayor complejidad • Evaluación de la calidad del funcionamiento de la Red Pública con los equipos de salud distritales.
<p>6. Supervisión, Monitoreo y evaluación del POA anual</p>	<p>Supervisión, Monitoreo y evaluación de la calidad de la atención, de acuerdo a la normativa del MSP.</p>
<p>7. Promoción de salud, participación ciudadana y articulación intersectorial</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acción sobre los determinantes • Diagnóstico dinámico (ver MAIS) • Comité Distrital de Participación ciudad en salud <p>Anexo No 14- Estrategias de Articulación Intersectorial</p>
<p>8. Fortalecimiento de la Vigilancia de la salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar la normativa nacional en relación al control sanitario y la salud colectiva que la vigilancia epidemiológica, especialmente, la comunitaria y las estrategias de salud priorizadas
<p>9. Implementación del Sistema de Información</p>	<p>Organizar e implementar el sistema de indicadores a ser monitoreados conforme las normativas nacionales y el sistema informático, de acuerdo a la normativa nacional</p>

FUNCIONES DE LA DIRECCIÓN DISTRITAL DE SALUD PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL. Fuente: Ministerio de Salud Pública (MSP) 2012

3.3.2. Procesos de trabajo para la implementación

A continuación, se establece los procesos de trabajo – componentes relacionados con la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) y la organización de la microrred distrital, es decir, los componentes 1, 2 y 4, lo que no significa que los otros componentes no se implementen sino que por su especificidad deban hacerse de forma separada.

3.3.2.1. Procesos de socialización

- Socialización y capacitación a los equipos de trabajo de los miembros de la red de atención de un territorio, sobre la organización y funcionamiento en red, liderados por el Coordinador/a Zonal, a través del Responsable Zonal de Gobernanza, en conjunto con el responsable de Zonal de Provisión y de planificación territorial, se formula la hoja de los acuerdos que son obligatorios para su aplicación.

- Socialización con los líderes comunitarios y de organizaciones sociales del proceso de diseño, liderados por el Coordinador/a Zonal, a través del Responsable Zonal de Gobernanza, y el Director Distrital, y se sistematiza sus comentarios y sugerencias.
- Estrategia comunicacional para la población de la red para un ordenamiento de la demanda

(Anexo 4- Estrategia Sensibilización y educomunicación para el MAIS y la RPIS)

3.3.2.2. Organización y asignación de los Equipos de Atención Integral de Salud (EAIS)

Los EAIS dependen de un establecimiento de primer nivel, desde el cual organiza las actividades intra y extramurales en conjunto con los actores locales.

Para la distribución de los equipos integrales de salud a nivel de distritos y circuitos, se deben considerar los siguientes criterios:

- Población del Distrito
- Dispersión Poblacional (urbano y rural)
- Acceso: geográfico y cultural

Para la ejecución de las actividades que contempla el Modelo de Atención Integral de Salud a nivel distrital, es indispensable tomar en cuenta la sectorización de la población y la asignación de los EAIS, según los siguientes estándares:

- A nivel urbano: 1 EAIS por cada 4.000 habitantes.
- A nivel rural: 1 EAIS por cada 1.500 a 2.500 habitantes.

El equipo integral de salud se articula al equipo fijo de salud, que trabaja en las unidades operativas del primer nivel de atención (profesionales de la salud, personal administrativo y logístico), de acuerdo a la normativa de tipología y capacidad resolutive.

La dirección distrital en coordinación con la Coordinación Zonal y Planificación de planta central realizan la asignación de población y territorio a los EAIS, de acuerdo a los estándares señalados y la georeferenciación respectiva.

El director del establecimiento de salud del primer nivel en coordinación con los EAIS, deberá planificar anualmente las actividades, estimar el volumen de atenciones y determinar la cantidad de insumos y medicamentos, que se requieren para cumplir las acciones planificadas y brindar atención, según su capacidad resolutive.

La organización del trabajo de los EAIS será de la siguiente forma:

3.3.2.2.1 Adscripción de la población al establecimiento de salud más cercana

La adscripción de las familias para la provisión de servicios de salud es territorializada por espacio, población, por circuitos y distritos (parroquia), con el propósito de acercar los servicios de salud a la comunidad, al reducir las barreras de acceso.

Es necesario que la adscripción territorial sirva para definir la **puerta de entrada** que será siempre un establecimiento público de primer nivel de atención, de la que dependen los EAIS y es el **primer contacto** como parte de este nivel de atención.

3.3.2.2.2. Visita familiar y aplicación de la ficha familiar

Permite identificar las necesidades y riesgos de cada uno de los miembros de la familia y riesgos sociales y ambientales de la familia. La ficha familiar permite la captación y dispensarización, constituye fundamentalmente un espacio para la atención y establecimiento de planes de atención integral individual y familiar. Resuelve un porcentaje importante de la demanda y puede originar el proceso de Referencia a los establecimientos de mayor complejidad, que dependiendo de su capacidad resolutive, se convierten en la atención complementaria del primer nivel de atención, los que a su vez, emiten la contrareferencia de las especialidades médicas, obstétricas, odontológicas, psicológicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos y la hospitalización solicitadas.

La propuesta de asignación de tiempos, se describe a continuación:

TABLA 4. ASIGNACIÓN DE PORCENTAJE DE TIEMPO LABORAL PARA LOS EAIS, SEGÚN EL PLAZO DE VISITAS DOMICILIARIAS

PLAZO DE VISITAS DOMICILIARIAS	URBANO		RURAL	
	INTRAMURAL	EXTRAMURAL	INTRAMURAL	EXTRAMURAL
	AL	AL	AL	AL
CORTO	75	25	25	75
MEDIANO	50	50	25	75
LARGO	25	75	25	75

TABLA 5 . ASIGNACIÓN DE PORCENTAJE DE TIEMPO LABORAL
PARA LOS EAIS, SEGÚN EL PLAZO DE VISITAS DOMICILIARIAS

PROFESIONAL	URBANO		RURAL	
	INTRAMURA L	EXTRAMUR AL	INTRAMUR AL	EXTRAMU RAL
MÉDICO	70%	30%	50%	50%
PSICÓLOGO	50%	50%	30%	70%
ENFERMERA	50%	50%	40%	60%
ODONTÓLOGO	80%	20%	30%	70%
OBSTETRIZ	80%	20%	30%	70%
TAPS	10%	90%	10%	90%

Elaborado por: MSP. Modelo de Atención Integral de Salud

El trabajo se organiza en cada circuito. (Anexo 8- Funciones, actividades y guía de trabajo del equipo de salud)

La relación con los otros niveles de atención se realiza, a través de la referencia desde el primer nivel o de forma directa por situaciones de emergencia, y se obliga a la remisión de la contrareferencia.

3.3.3. Proceso de diagnóstico y planificación de la Salud, incluida la RPIS.

3.3.3.1. Análisis de la Situación de Salud (ASIS)

El ASIS es un proceso participativo que parte de la elaboración del diagnóstico situacional que es realizado por los Equipos de Atención Integral en Salud de cada establecimiento de salud público, con participación de los actores locales (Instructivo para la elaboración del Diagnóstico Situacional). Los diagnósticos situacionales locales son consolidados por la Dirección Distrital y constituyen insumos para el Diagnóstico Distrital. En este proceso, deben participar las unidades de planificación y agregadores de valor de la dirección distrital y se actualiza a inicios del año.

a. Con el objetivo de construir las microredes, el diagnóstico distrital deberá incluir la siguiente información:

- **Cobertura poblacional:** total de la población por distritos, circuitos, total de población por grupos de edad.
- **Corredores viales:** Identificar tipo de vía (carretera, afirmado, carrozable, herradura).
- **Tiempo de acceso y distancia:**
 - Al Centro de Salud más cercano.
 - Al Centro de salud de servicio itinerante más cercano.
 - A Centros ambulatorios de especialidades y/o con Hospital de día
 - Al Hospital Básico, General y de Especialidades más cercano

- **Características de la demanda y la oferta**

Para la **demand**a es necesario conocer el perfil demográfico y epidemiológico detallado, de aspectos demográficos, condiciones sociales, morbilidad y mortalidad en cada territorio (Zonas, Distritos) para definir la complejidad de cada unidad operativa especialmente, de accidentes de tránsito, accidentes por violencia, o los partos esperados para una población determinada.

Adicionalmente, considerando la transición demográfica y epidemiológica que vive el país, adopta la estrategia de priorización de condiciones de salud con enfoque de evitabilidad y con principios de solidaridad y equidad.

Para la **oferta** es necesario identificar los establecimientos de salud de primer nivel (puestos de salud, centros de salud, etc.) que constituyen en el eje de la microred distrital, en algunos casos, incluye los hospitales básicos. En la Red zonal se incluye los otros establecimientos de salud de segundo, tercer nivel, y la atención prehospitalaria.

- **Inventario Distrital** de establecimientos de salud: para esto, se cuenta con el sistema GEOSALUD, y debe ser actualizado periódicamente (Anexo 9 – Inventario de Establecimientos de Salud).
- **Identificación de cercanía de la población y acceso geográfico a los establecimientos de salud:** representa el ámbito geográfico accesible desde un punto determinado, en un tiempo o distancia especificado, es decir, son tiempos de acceso de la población desde la parroquia al establecimiento de salud (primer nivel) puerta de entrada hacia los otros niveles de complejidad, que se establecen por la isócrona definida de 30 min.

Para calcular la accesibilidad geográfica se necesita la identificación de una red vial, como puede ser una red de carreteras, de primer, segundo o tercer orden. Cada tramo de la red vial puede tener distintas características en cuanto a la velocidad de tránsito, sentidos de la circulación, etc.

En función de estos criterios, se considera:

- Al menos 70% de la población debe acceder a un profesional de salud por las vías habituales en 30 minutos en las zonas urbanas, 60 minutos en las urbano-marginales y 6 horas en las rurales.
- Una unidad de salud no debe estar a más de 2 horas a pie del domicilio de los usuarios en sector rural.
- En zonas muy dispersas con baja concentración poblacional menor a 1.500 habitantes/por asentamiento, se garantizará el acceso a los servicios de salud con los Equipos de Atención Integral de Salud (EAIS).
- El servicio de transporte y asistencia sanitario debe estar ubicado de acuerdo a su normativa de atención prehospitalaria.

Para la identificación clara se requiere la georeferenciación de las unidades en el territorio específico (Geosalud- www.msp.gov.ec) y la identificación de flujos de accesibilidad, de acuerdo a los criterios arriba señalados (Anexo 18- Flujos de accesibilidad en el Distrito)

• **Delimitar ámbitos de cobertura de establecimientos de salud de la microred**

El propósito es delimitar los ámbitos de cobertura de los establecimientos de salud por cada microred identificada y delimitada. Una vez obtenido el listado de comunidades, parroquias, barrios por cada establecimiento de salud, se procede a la identificación y ubicación de las comunidades en un mapa georeferenciado por cada uno de ellos, conservando el color asignado a cada tipo de establecimiento, lo que permite una mejor visualización de la distribución en el territorio. Sobre esta base de mapas impresos y/o digitalizados se realiza la delimitación del ámbito correspondiente. Como resultado se obtendrá por cada microred un mapa con la delimitación de su ámbito de cobertura, su centro de salud de referencia (el de más alta complejidad), sus establecimientos de salud y sus comunidades, y/o parroquias y/o barrios asignadas. (Anexo No 8 – Ámbito de la Microred)

• **Mapeo de actores sociales:** que debe incorporar: (Para los instrumentos a utilizar, ver MAIS)

- Actores intersectoriales
- Actores interinstitucionales relacionados con el sector salud
- Actores de las organizaciones sociales y comunitarios
- Estrategias de relacionamiento con cada uno de los actores sociales

Para el análisis detallado, se sugiere consultar “Lineamientos metodológicos para la realización de análisis funcionales de las redes de servicios de salud”. Washington, D.C Organización Panamericana de la Salud; mar. 1998. 61 p. tab. (OPS. Serie Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, 3).

3.3.3.2. Planificación estratégica distrital

La Dirección Distrital consolida los planes locales de salud y coordina la elaboración participativa del Plan Estratégico Distrital (territorio), de acuerdo a la normativa de planificación del MSP.

- **Evaluar de forma participativa las necesidades y problemas de salud,** las expectativas de la población, y viabilidad de las prioridades identificadas en el diagnóstico situacional distrital y las expectativas de salud de su población. Se debe identificar con claridad:

- Problemas y necesidades de salud
- Determinantes sociales del territorio
- Fortalezas, Debilidades, Oportunidades y Amenazas (FODA).

Además, se debe incorporar en la programación, las orientaciones y prioridades definidas en los diagnósticos y planes nacionales y zonales de salud, incluyendo las particularidades propias del contexto territorial.

En el marco de la planificación estratégica distrital, para la construcción de la red es importante considerar:

• **Verifican las brechas entre la demanda y la oferta para lo cual es necesario tomar en cuenta**

- Alcance territorial y demarcación político-administrativa: Es necesario transferir la responsabilidad de atención de centros poblados que tienen un mejor acceso geográfico por parte de otras microrredes, así como incorporar aquellos otros ámbitos político-administrativos que tienen un mejor acceso.
- Carteras de servicios de cada establecimiento de Salud.
- Validación e implementación de la Planificación Territorial de Establecimientos de Salud. Este constituye uno de los elementos centrales para organizar la oferta de servicios de salud respondiendo a la demanda, condiciones de acceso, población de cobertura con optimización de los recursos, que permita resolver de forma integrada y continua las necesidades de salud. El MSP ha establecido una planificación territorial de los establecimientos de salud de la RPIS, considerando criterios como: población, isócrona, estándares técnicos por nivel de atención y complejidad de los establecimientos de salud.

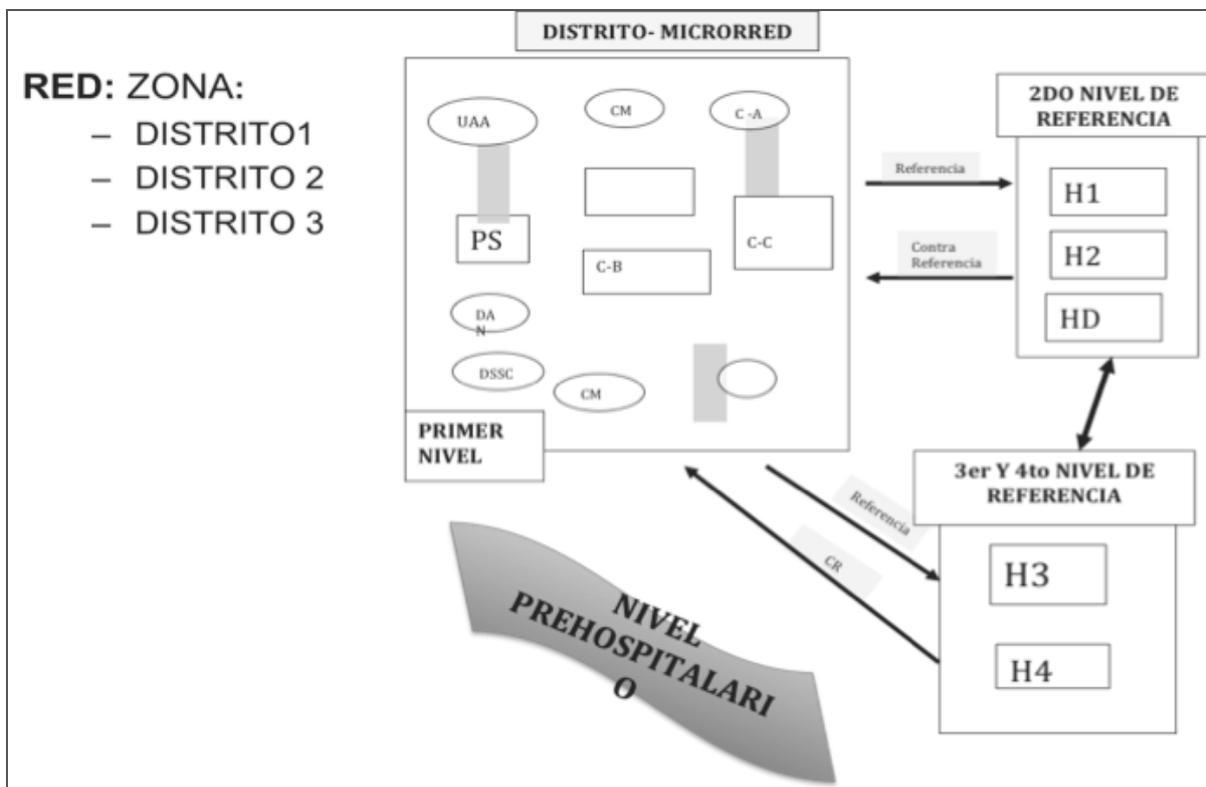
La Dirección Distrital, según la normativa y estándares definidos debe contemplar acciones orientadas a fortalecer la capacidad resolutoria de primer nivel y organizar la funcionalidad de la microred, a través de:

- La ampliación y adecuación de los horarios de atención en los servicios del primer y segundo nivel.

- La implementación en los establecimientos de salud del primer nivel, los servicios para el cuidado domiciliario, rehabilitación de base comunitaria, atención de la salud mental, brigadas de atención y unidades móviles en los sitios más alejados para atención con calidad.
 - Organización de los servicios del sector público y privado, conforme a los estándares establecidos por la Autoridad Sanitaria Nacional.
 - Todos los establecimientos de salud deben contar con permiso de funcionamiento, licenciamiento y/o calificación:
 - Para las instituciones públicas se establece que en la primera fase deben tener el permiso de funcionamiento, estar licenciadas, con licenciamiento condicionado, o que hayan sido calificadas por el IESS o el ISSFA.
 - Para los prestadores sin fines de lucro deberán tener el permiso de funcionamiento actualizado y estar dispuestos a ser licenciados por la Autoridad Sanitaria Nacional - MSP, y ser calificados por el IESS y/o el ISSFA.
 - Para las instituciones con fines de lucro se establece que en la primera fase deben estar licenciadas, con licenciamiento condicionado, o que hayan sido calificadas por el IESS o el ISSFA.
 - Todos los establecimientos deberá cumplir la norma de evaluación, selección, calificación y adquisición de servicios de salud para la RPIS y la red complementaria, con la finalidad de hacer más eficiente, transparente este proceso y garantizar los requerimientos de calidad que la Autoridad Sanitaria Nacional establece.
 - Capacidad Resolutiva Continua, es decir, que es necesario organizar la continuidad de la atención; una red integrada desde los establecimientos de primer nivel con los prestadores de segundo y tercer nivel, a través de la referencia y contrareferencia obligada y otros mecanismos como información, comunicación y capacitación.
- La Dirección Distrital debe verificar que los aspectos organizativos esenciales de la atención de salud se hayan precisado en el Plan Estratégico de Salud y será el instrumento para guiar la direccionalidad en la implementación del MAIS y la RPIS:
- Promoción, protección y garantía de derechos ciudadanos en salud y la participación ciudadana.
 - Organización de la atención integral de Salud al individuo (ciclo de vida), la familia y la comunidad, los déficit en atención preventiva y patologías prevalentes.
 - Organización de la atención integral a enfermedades catastróficas y raras.
 - Organización de la atención integral a las urgencias y emergencias médicas.
 - Organización de la atención a embarazadas y niños/as menores de cinco años.
 - Organización de los cuidados paliativos. Anexo No. 21- Instrumentos para cuidados paliativos.
 - Organización y gestión de establecimientos de salud públicos de salud en los diferentes nivel de atención y complejidad y los requerimientos de complementariedad con los establecimientos de salud privados.
 - Precisión de requerimientos y/o disponibilidad en los establecimientos de salud públicos de:
 - Recursos financieros
 - Talento humano: de equipo polivalente y homologación de capacidades y recursos.
 - Medicamentos e insumos médico-quirúrgicos
 - Inversiones: para homologar y/o estandarizar el recurso físico y tecnológico
 - Información sanitaria
 - Formación continua
 - Investigación en salud
- Para la estructuración de la Microred Distrital, la Dirección Distrital de Salud con su unidad administrativa técnica de provisión de servicios, establecen los Sistemas de Soporte, en base a las normativas nacionales:
- Sistemas de referencia, derivación, contrareferencia y seguimiento de usuarios (continuidad) basado en la NORMA DEL SUBSISTEMA DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA, DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.
 - Elementos internos de circulación
 - Funcionamiento horizontal con tiempos de espera mínimos
 - Comunicación
 - Distribución de recursos, etc.
 - Mecanismos definidos de apoyo logístico, comunicaciones, transporte, insumos, etc.
 - Establecen mecanismos de coordinación y articulación de la Microred tomando en cuenta el marco normativo nacional:
 - Misión
 - Propósito y objetivo común
 - Resultados esperados
 - Complementariedad de carteras entre los establecimientos de salud de diversa complejidad.

- Estandarización de procesos y procedimientos de funcionamiento.
 - Cooperación y acuerdos
 - Gestión y administración
 - Definición de responsabilidades
 - Mayor capacidad de resolución (carteras conjuntas)
 - Analizan y planifican en forma conjunta como disminuir las brechas.
 - Redistribuyen los recursos humanos y financieros.
 - Reorganizan los procesos de atención y gestión.
 - Establecen las formas de Gestionar:
 - Recursos financieros
 - Talento humano
 - Medicamentos e insumos médico-quirúrgicos en servicios públicos de salud
 - Inversiones
 - Información sanitaria
 - Investigación en salud
 - Redireccionan los flujos de circulación de pacientes.
 - Programan para la resolución de nudos de botella en áreas críticas.
 - Evalúan los requerimientos de capacitación y programas acorde la capacidad resolutoria definitiva.
- Evalúan los resultados obtenidos, a través de los indicadores disponibles validados, así como establecen indicadores locales, de común acuerdo entre todos los miembros de la Red Zonal.
- Los flujos de atención y su continuidad desde las microredes distritales hasta el máximo nivel de complejidad en el marco de la Red Zonal, del uso de las macroredes si se requiere. A continuación, un ejemplo de lo que se debe desarrollar en cada Zona y Distrito.

GRÁFICO 8. FLUJO DE RELACIONAMIENTO A NIVEL DISTRIITAL



Elaborado por: equipo de trabajo DNAMSNSRP.2013

3.3.4. Proceso de implementación de la microred distrital

Para la implementación, es necesario que todos los establecimientos del territorio funcionen con instrumentos técnicos comunes, los principales son:

- Protocolo de referencia y contrareferencia.
- Guías de Práctica Clínica – Web MSP.
- Definición de procesos de atención integrados que deben ser construidos en conjunto para:
 - Grupos de población diferenciados por ciclo de vida
 - Patologías prevalentes y priorizadas
 - Urgencias emergencias
 - Salud materna
 - Salud Infantil
 - Enfermedades catastróficas
- Consolidación y cumplimiento de procedimientos técnico- administrativos comunes:
 - Tipología de unidades
 - Planificación territorial de la oferta
 - Selección, calificación y contratación de proveedores
 - Tarifario Nacional
 - Derivación nacional e internacional
- Validación conjunta:
 - De la planificación y programación
 - Hacer hoja de ruta
 - Debe sentarse una acta firmada por los integrantes de la Comité de Gestión de la RPIS - Distrital que será enviada a la Coordinación Zonal respectiva para comentarios u observaciones.

3.3.5. Herramientas para la construcción de las microrredes distritales

Para la asignación de población a los establecimientos de salud como su puerta de entrada a los servicios, requiere que sean flexibles con relación a los otros criterios, principalmente, el geopolítico. En esta etapa, se requiere contar con toda la información previamente consolidada por el equipo, así como tener disponibilidad de:

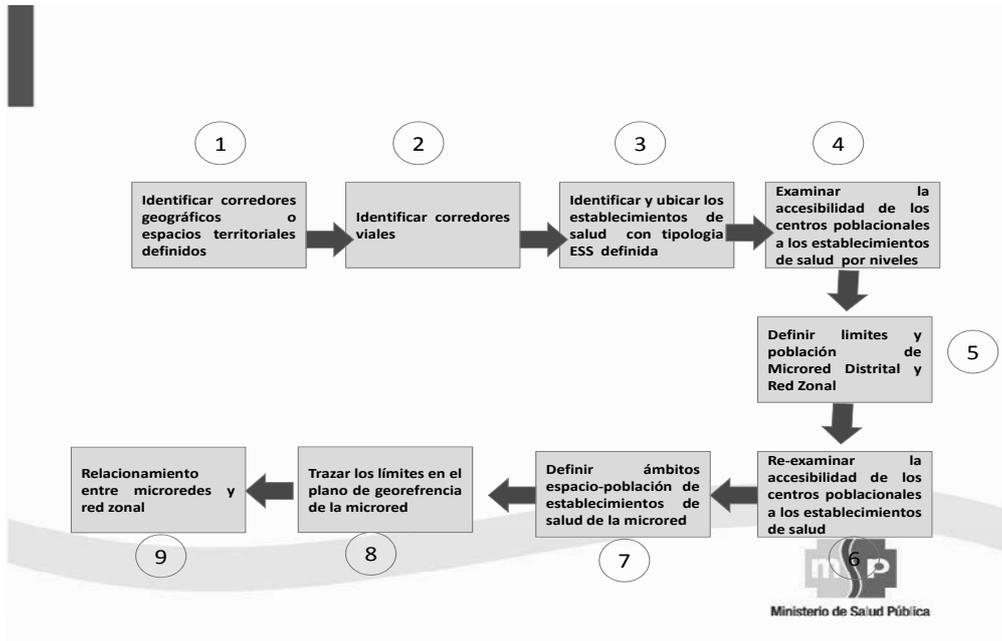
- Mapa del ámbito con información geopolítica, orográfica y vial,
- Formato relacionado a información poblacional y acceso (distancia y tiempo) al centro de salud más cercano. (Anexo 8)
- Formato relacionado a información poblacional y acceso (distancia y tiempo) al establecimiento de salud más cercano. (Anexo 8)
- Formato para registrar accesibilidad de los establecimientos de salud de la microrred a su establecimiento de referencia (Anexo 11)
- Inventario de establecimientos actualizado: debe incluir todos los establecimientos clasificados por tipología aunque no hayan sido licenciados cada uno con la señalética normada y diferenciada por existente y en planificados. (Anexo 10)
- Cartera de servicios de cada establecimiento de salud. (Anexo 14- Cartera de Servicios)

Es conveniente, que el equipo técnico pueda recoger información sobre la creación de nuevos establecimientos de salud, ya sea que estén en proceso de construcción o estén planificados para ser construidos en un lapso de dos años.

De igual manera, es relevante la información de proyectos u obras de ampliación vial para el mismo período, ya que tendrán impacto en el acceso de la población a los establecimientos de salud. Una vez que la información requerida ha sido completada, el equipo técnico en coordinación con el equipo de conducción distrital - zonal deben iniciar la siguiente etapa, cuyo propósito es desarrollar la nueva propuesta o validar la delimitación de espacio-población.

A continuación, un algoritmo de este proceso.

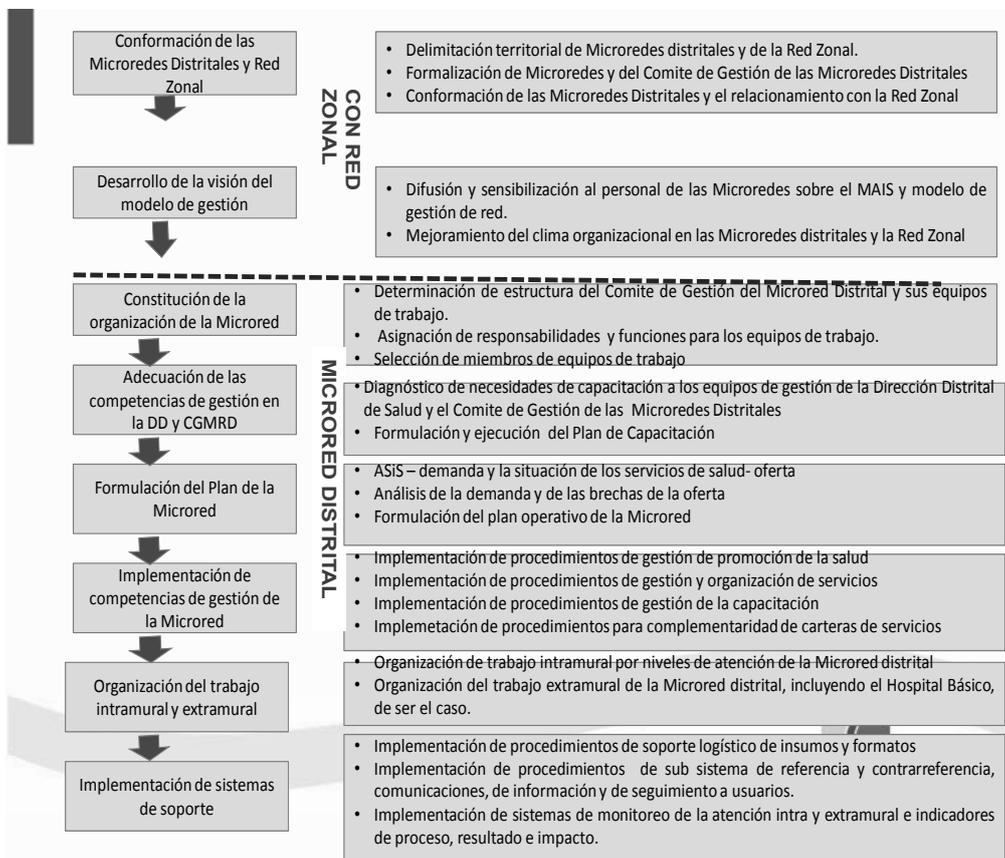
GRÁFICO 9. PASOS PARA ORGANIZAR LA MICRORED



Elaboración: equipo de trabajo DNARPCS. 2014

A continuación, se describe en secuencia actividades que pudieran considerarse, de acuerdo al contexto específico la hoja de ruta de este proceso de construcción.

GRÁFICO 10. PROCESO Y ACTIVIDADES CLAVES PARA LA ORGANIZACIÓN DE LA MICRORED



Elaboración: equipo de trabajo DNARPCS. 2014

- **Producto:** Una microred con delimitación geográfica y poblacional por establecimiento de salud con flujos de accesibilidad en tiempos, según transporte y cartera de servicios complementarias.
- **Hoja de ruta sugerida:**

No	ACTIVIDAD	TIEMPO DE EJECUCIÓN ESTIMADO
MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD		
1.	Definición de territorio y población	3 meses
2.	Adscripción territorial	
3.	Análisis de la situación de salud – ASIS a nivel local x UO de primer nivel	3 meses
4.	Implementación de herramientas priorizadas como: <ul style="list-style-type: none"> • Mapa Parlante • Ficha familiar ** • Sala Situacional 	3 meses
5.	Desarrollo del Plan local de salud	3 meses
6.	Fortalecimiento de la participación social- formación del Comité Local de Salud	Permanente
RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD		
7.	Conformación del Comité de Gestión de Red a Nivel Distrital	1 mes
8.	Análisis de demanda/ oferta y brechas	3 meses
9.	Análisis de las carteras de servicios de todos los establecimientos públicos	3 meses
10.	Análisis de accesibilidad	3 meses
11.	Complementariedad de carteras de servicios	3 meses
12.	Establecer mapas de flujo al interior de la Microred y con la Red Zonal	3 meses
13.	Flujos de atención específicos /redes especializadas	3 meses
13.	Capacitación – acción	Permanente

3.4. IMPLEMENTACIÓN DEL MAIS Y LA RPIS EN LAS ZONAS DE SALUD

Es importante tener claro las funciones de las coordinaciones zonales para la implementación del MAIS y la RPIS.

3.4.1. Funciones de la Coordinación Zonal de Salud para implementar el Modelo de Atención Integral de Salud y la Red Pública Integral de Salud

TABLA 5. FUNCIONES DE LA COORDINACIÓN ZONAL DE SALUD

COMPONENTES	ACTIVIDADES
1.Socialización del MAIS	<ul style="list-style-type: none"> • Consolidación de la Identificación de actores locales relevantes – mapeo de actores • Planificación, organización, preparación de materiales para talleres • Sensibilización a los representantes zonales/distritales intersectoriales.
2.Análisis de situación de salud por distrito e identificación de resultados de impacto social y los indicadores del Plan Nacional del Buen Vivir, por Distrito	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de la Situación Integral de Salud (ASIS) de la Zona- Línea de base • Análisis de demanda/oferta y brechas • Identificación de Proyectos de salud en el territorio • Con la información obtenida, se elabora la Sala situacional de la ZONA.
3.. Planificación y programación, según normas del MSP	<ul style="list-style-type: none"> • Sistematización de los planes estratégicos de cada Distrito • Elaboración de planes estratégicos participativos de la Zona, en coordinación con los actores sociales del territorio, articulando los lineamientos de los programas y estrategias de salud nacionales en cuatro perspectivas:

<p>3.. Planificación y programación, según normas del MSP</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Usuario - Procesos gobernante y agregadores de valor - Financiera - Innovación y aprendizaje <ul style="list-style-type: none"> • Plan Operativo Anual (POA) consolidado del territorio, • Cálculo de recursos corrientes anuales para desarrollo de actividades técnico-administrativas, intramurales y extramurales por circuito definidas en el POA: <ul style="list-style-type: none"> - Humanos - Medicamentos - Insumos , - Suministros, - Prendas de protección, - Logística - Movilizaciones • Cálculo de recursos de inversión anuales para desarrollo de actividades intramurales y extramurales x circuito definidas en el POA: <ul style="list-style-type: none"> - Infraestructura - Equipamiento - Capacitación • Determinación de metas y compromisos de gestión para alcanzar resultados de impacto social a nivel de la zona.
<p>4. Gerencia del Distrito y Administración de recursos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consolidación de las necesidades de recursos identificadas en el plan operativo anual del distrito y sus circuitos • Elaboración de Presupuesto Zonal en base al POA de los requerimientos del MSP, en la que debe reflejarse aquel presupuesto, que se destine para el relacionamiento con los actores identificados. • Elaboración del PAC con Planes de Infraestructura, equipamiento, Planes de mantenimiento. • Ejecución presupuestaria e informes. • Apoyar la logística para movilizaciones y actividades extramurales • Plan de monitoreo, supervisión y seguimiento distrital • Coordinar los procesos de investigación-acción, intercambio y sistematización de experiencias exitosas • Coordinar la implementación de los procesos de capacitación y formación del talento humano a nivel zonal
<p>4 Organizar y conducir la Red Zonal Red Pública Integral de Salud RPIS y Red Privada Complementario RPC</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de Brechas de atención y requerimientos • Análisis del Funcionamiento de cada microred • Identificación de cartera de servicios de cada establecimiento públicos y privados del territorio • Establecimiento de los flujos de atención, referencia-contrareferencia y las relaciones al interno y externo de la Red zonal correspondiente. • Elaboración de intervenciones para el funcionamiento integrado de todos los establecimientos de salud • Análisis de brechas de atención en el territorio y sus soluciones • Organización de las unidades operativas, para la implementación de las prestaciones por ciclos de vida, aplicando las normas y protocolos del MSP. • Organizar el Comité Técnico Interinstitucional de Gestión de la Red Zonal • Optimizar los recursos en la red • Diseñar los flujos de atención desde primer nivel y hacia los otros niveles de mayor complejidad • Evaluación de la calidad del funcionamiento de la Red Pública • con los equipos distritales.
<p>5.Supervisión, Monitoreo y evaluación del POA anual</p>	<p>Supervisión, monitoreo y evaluación de la calidad de la atención, de acuerdo a la normativa del MSP.</p>

<p>6. Desarrollo de la Promoción de la Salud y fortalecimiento de la Participación Intersectorial, interinstitucional y Comunitaria (Anexo No 13)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar lineamientos de promoción de la salud, participación, adecuándolos a la realidad local. • Acción sobre los determinantes de la salud • Sistematizar los mapas dinámicos de cada Distrito • Trabajo conjunto con los actores institucionales y sociales
<p>8. Fortalecimiento de la Vigilancia de la salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar la normativa nacional en relación al control sanitario, la salud colectiva, la vigilancia epidemiológica y las estrategias priorizadas de salud.

FUNCIONES DE LA DIRECCIÓN DISTRITAL DE SALUD PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL.
Fuente: Ministerio de Salud Pública (MSP) 2012

3.4.2 IMPLEMENTACIÓN DEL MAIS Y LA RED

A continuación, se establece los procesos de trabajo, los componentes relacionados con la implementación del MAIS y la organización de la Red Zonal, es decir, los componentes 1, 2 y 4, lo que no significa que los otros componentes no se implementen sino que por su especificidad se lo hace de forma paralela.

3.4.2.1 Procesos de socialización

- Socialización y capacitación a los miembros de la red de atención de un territorio, sobre la organización y funcionamiento en la red.
- Socialización con actores institucionales y ciudadanos de la zona

3.4.2.2. Proceso de diagnóstico y planificación

• Diagnóstico situacional de salud Zonal

En el MAIS, el Análisis de Situación Integral en Salud está previsto como un proceso altamente participativo a nivel de Distrital, desde la perspectiva de la construcción y funcionamiento de la red, es importante, priorizar en el diagnóstico situacional, la siguiente información:

- a. Con el objetivo de construir la red zonal, el diagnóstico zonal deberá precisar la siguiente información:
 - **Cobertura poblacional:** total de la población Zonal y por Distritos, total de población por grupos de edad.
 - **Corredores viales:** Identificar tipo de vía (carretera, afirmado, carrozable, herradura).
 - **Tiempo de acceso y distancia:**
 - Al Centro de Salud más cercano.
 - Al Centro de salud de servicio itinerante más cercano.
 - A Centros ambulatorios de especialidades y/o con Hospital de día
 - Al Hospital Básico, General y de Especialidades más cercano

• Censo Zonal de establecimientos de salud actualizado y georeferenciado:

- Características de la demanda/ la oferta y las brechas
- Mapeo de actores sociales de la zona
- Identificación de cercanía de la población y acceso geográfico a los establecimientos de salud: desde la comunidad, establecimientos de primer, segundo y tercer nivel.
- Definir ámbitos territoriales de establecimientos de salud de la Red

El propósito es delimitar los ámbitos de las microred, su accesibilidad y sus flujos hasta los otros establecimientos de otra complejidad sea en la Zona o fuera de ella.

Ésta es la tarea más importante.

- Priorizan los problemas de salud en la Zona, considerando los problemas de cada Distrito y establecer las prioridades en la Zona.
- Establecer resultados y productos esperados

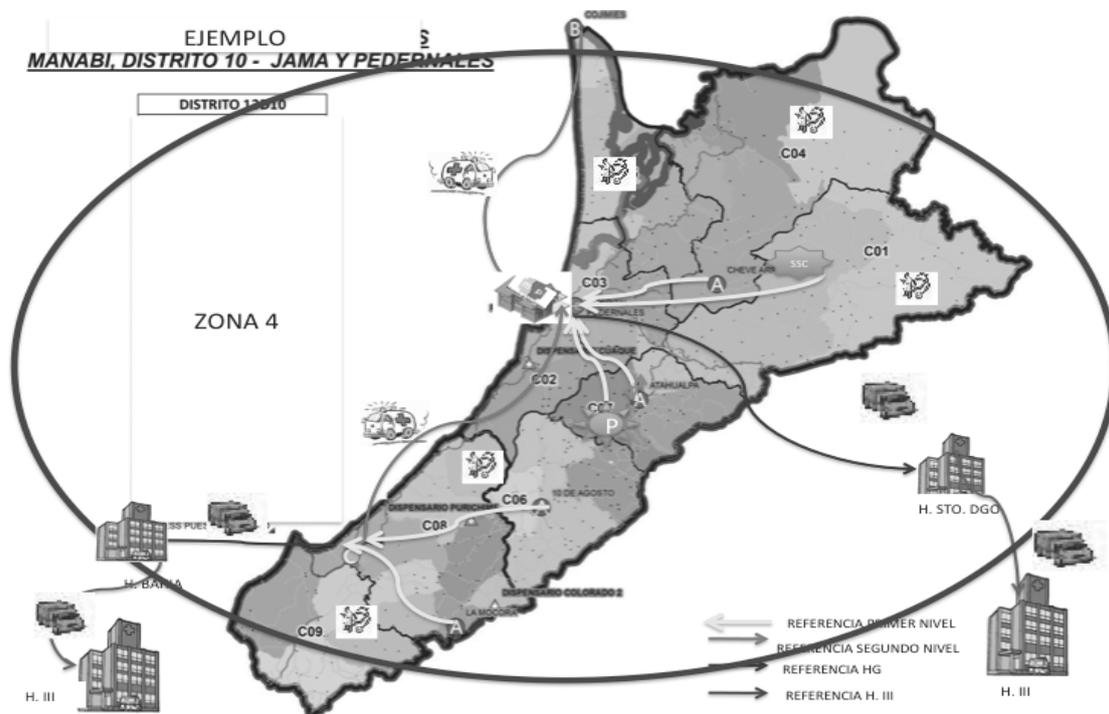
3.4.2.3 Planificación estratégica zonal

Con esta información, con todos los integrantes de la Red Zonal es necesario:

- Socializar las necesidades y prioridades identificadas en el Análisis de Situación Integral de Salud (ASIS) Zonal y las expectativas de salud de su población. Se debe identificar con claridad:
 - Problemas y necesidades de salud
 - Determinantes sociales del territorio
 - Fortalezas, Debilidades, Oportunidades y Amenazas (FODA).
- Incorporar en la programación las orientaciones y prioridades nacionales, zonales y distritales:
- Revisar las carteras de servicios de salud de todos los establecimientos de salud de segundo y tercer nivel. (Anexo 14)

- Acordar y fijar metas complementarias entre sí, en base a las prioridades.
 - Verificar las brechas entre la demanda y la oferta, para lo cual es necesario tomar en cuenta:
 - Alcance territorial y demarcación político-administrativa:
 - Planificación territorial de establecimientos de salud
 - Instituciones proveedoras de servicios de salud garantizadas:
 - Capacidad resolutive continua:
 - Es decir, que es necesario organizar la **continuidad** de la atención, una red
 - Cálculo de prestaciones, de acuerdo a cartera de servicios. (Anexo 12- Procedimientos para el cálculo de actividades y/o prestaciones)
 - Establecer mecanismos de coordinación y articulación de la Red Zonal, tomando en cuenta el marco normativo nacional:
 - Misión
 - Propósito y objetivo común
 - Resultados Esperados
 - Complementariedad de carteras entre ESS diversa complejidad
 - Estandarización de procesos y procedimientos de funcionamiento.
 - Cooperación y acuerdos
 - Gestión y administración
 - Definición de responsabilidades
 - Mayor capacidad de resolución (carteras conjuntas)
 - Comprobar que los aspectos organizativos esenciales de la atención de salud, se hayan precisado:
 - Promoción, protección y garantía de derechos ciudadanos en salud y la participación ciudadana
 - Organización de la atención integral de Salud al individuo (ciclo de vida), la familia y la comunidad, los déficit en atención preventiva y patologías prevalentes.
 - Organización de la atención integral a enfermedades catastróficas y raras
 - Organización de la atención integral a las urgencias y emergencias médicas
 - Organización y gestión de establecimientos de salud públicos de salud en los diferentes nivel de atención y complejidad y los requerimientos de complementariedad con los establecimientos de salud privados
 - Organización y gestión de servicios públicos de salud ambiental y ocupacional, si fueran del caso.
 - Precisión de requerimientos y/o disponibilidad en los establecimientos de salud públicos de:
 - Recursos financieros
 - Talento Humano: de equipo polivalente y homologación de capacidades y recursos.
 - Medicamentos e insumos médico-quirúrgicos en Inversiones: para homologar y/o estandarizar el recurso físico y tecnológico
 - Información sanitaria
 - Formación Continua
 - Investigación en salud
 - Articular los **Sistemas de soporte** en base a las normativas nacionales
 - Sistemas de referencia, derivación, contrareferencia y seguimiento de usuarios (continuidad)
 - Distribución de recursos.
 - Mecanismos definidos de apoyo logístico, comunicaciones, transporte, insumos.
 - Establecen mecanismos de coordinación y articulación de la Red Zonal en base a las normativas nacionales del MSP y la realidad territorial.
 - Analizan y planifican en forma conjunta como **disminuir las brechas**
 - Redistribuyen los recursos humanos y financieros
 - Reorganizan los procesos de atención y gestión
 - Establecen las formas de Gestionar los recursos
 - Redireccionan los flujos de circulación de usuario y/o pacientes
- Los flujos de atención y su continuidad en Red Zonal, de las macroredes, si se requiere, a continuación un ejemplo de lo que se debe desarrollar en cada Zona y Distrito.

GRÁFICO 11. EJEMPLO DE FLUJO DE DERIVACIÓN A NIVEL ZONAL



- Programan para la resolución de áreas críticas
- Evalúan los requerimientos de capacitación y programas, acorde a la capacidad resolutoria definitiva.
- Evalúan los resultados obtenidos, a través de los indicadores disponibles validados, así como establecen indicadores locales, de común acuerdo entre todos los miembros de la RPIS.

3.4.2.4 Proceso de Implementación de la Red Pública Integral de Salud

Para la implementación de la Red es necesario disponer de instrumentos técnicos comunes para desarrollar procesos de atención integrados, que deben ser construidos en conjunto y la consolidación y cumplimiento de procedimientos técnico-administrativos comunes como:

- Tipología de unidades
- Planificación territorial de la oferta
- Tarifario del Sistema Nacional de Salud. Acuerdo Ministerial 00000160
- Norma técnica para la derivación y financiamiento de cobertura internacional para la atención integral de salud de usuarios con enfermedades catastróficas. Acuerdo Ministerial 00004194.
- Norma técnica para el procedimiento de evaluación, selección, calificación y adquisición de servicios de salud de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria. Acuerdo Ministerial 00004195
- Procedimientos para la prestación y asignación de prestadores del servicio de diálisis. Acuerdo Ministerial 00004196.
- Instructivo 001-2012 para la viabilización en la atención en salud en las unidades de la Red Pública Integral de Salud y en la Red Privada (Complementaria) de Servicios de Salud

Validación conjunta por el Comité de Gestión de la Red Pública Integral de Salud – Zonal de la hoja de ruta y acta de acuerdos.

3.4.2.5 Proceso construcción de las redes zonales

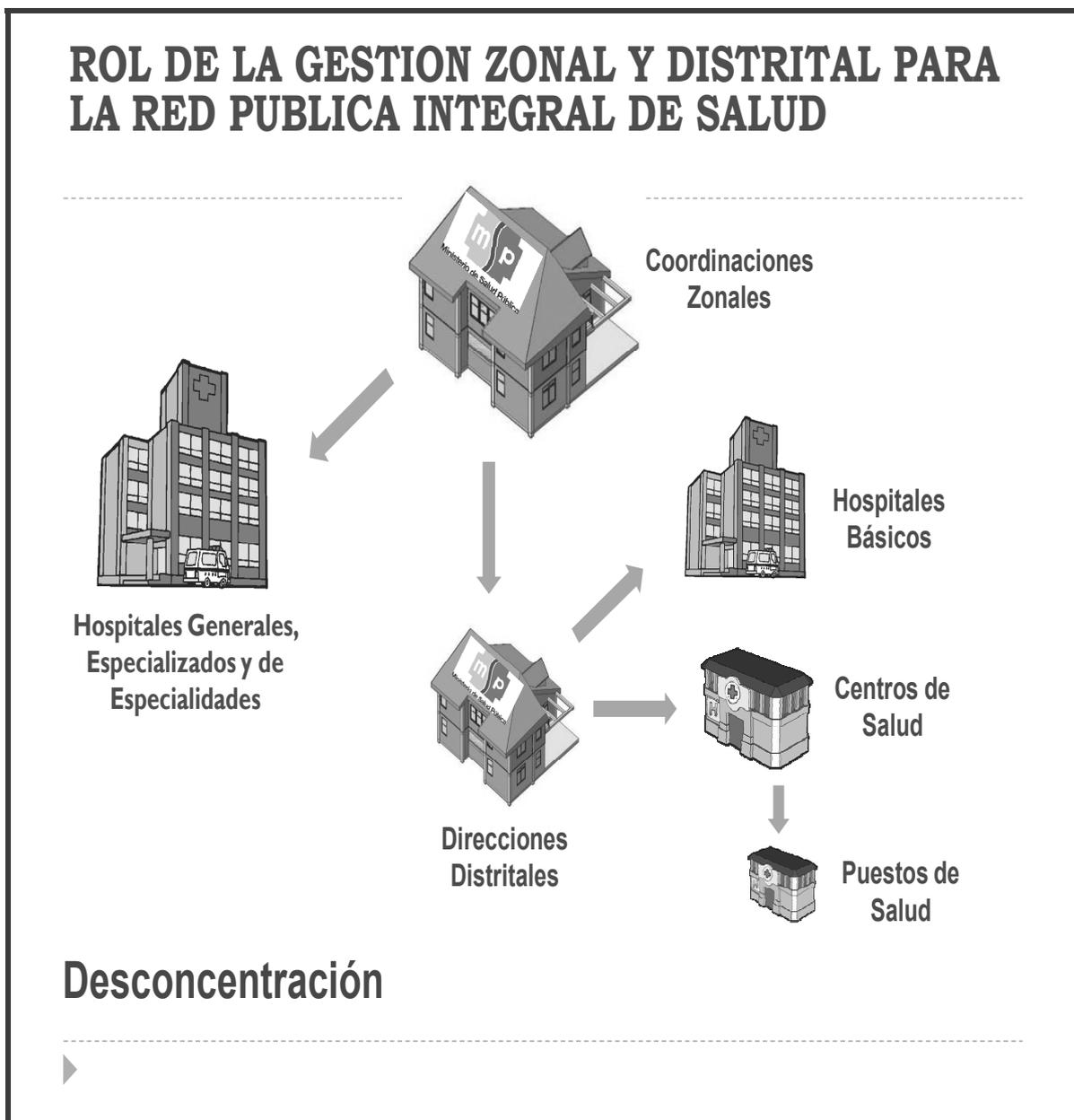
La construcción de las Redes Zonales pasa por un análisis de cada una de las microredes distritales y la relación con establecimientos de segundo y tercer nivel sean ambulatorios u hospitalarios.

• **Objetivo**

Formular la propuesta que adecúa la continuidad de la atención desde las microredes distritales hacia establecimientos ambulatorios y/o hospitalarios de segundo y tercer nivel sobre base de la información de accesibilidad obtenida y analizada y el contexto actualizado para mejorar el grado de acceso y continuidad de la población a los servicios de salud en su territorio y los requerimientos de fuera del territorio de la zona.

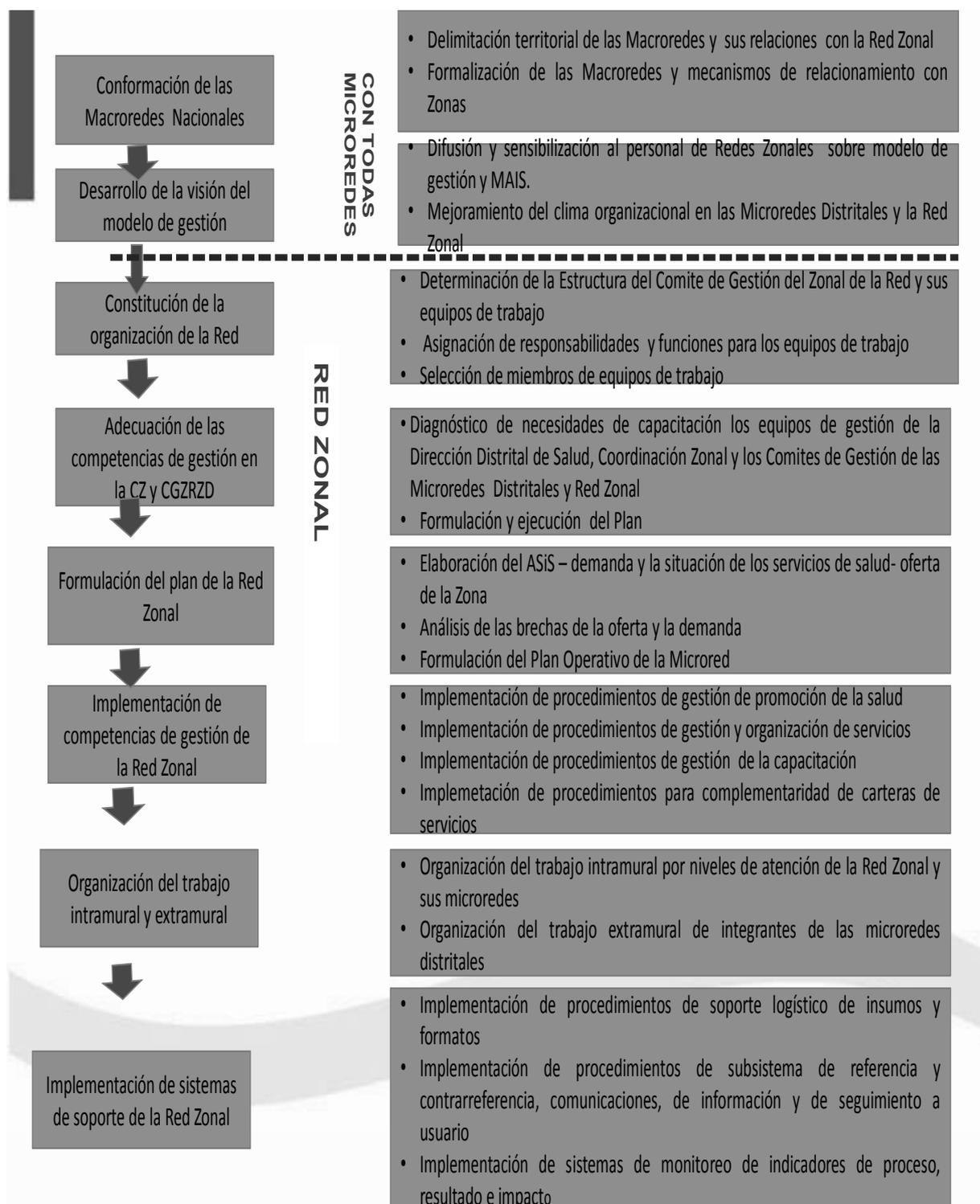
Es que la decisión de asignar a los establecimientos de salud de segundo y tercer nivel, requiere ser flexible con relación a los otros criterios, principalmente, el geopolítico, de accesibilidad y de disponibilidad del servicios. En esta etapa, se requiere contar con toda la información previamente consolidada por el equipo tanto de accesibilidad como el inventario de establecimientos de primer, segundo y tercer nivel y sus carteras de servicios.

GRÁFICO 12. ROL DE LA GESTIÓN ZONAL Y DISTRITAL PARA LA RPIS



A continuación, actividades que se sugieren para la construcción de las Redes Zonales.

GRÁFICO 13. PROCESOS Y ACTIVIDADES CLAVES PARA LA ORGANIZACIÓN DE LA RED ZONAL



Elaboración: equipo de trabajo DNARPCS. 2014

○ **Producto**

Una Red Zonal con delimitación de cobertura geográfica y poblacional por establecimiento de salud con flujos de accesibilidad en tiempos, según transporte, cartera de servicios complementarias y flujos de atención continua entre nivel de atención, flujos de referencia, derivación y contrareferencia.

○ **Hoja de ruta sugerida:**

No	ACTIVIDAD	TIEMPO DE EJECUCIÓN ESTIMADO
	MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD	
1.	Apoyar a los distritos para la definición de territorio y población	3 meses
2.	Apoyar la adscripción territorial	
3.	Análisis de la situación de salud a nivel zonal	3 meses
4.	Implementación de herramientas priorizadas como: <ul style="list-style-type: none"> • Mapa Parlante • Ficha familiar ** • Sala Situacional 	3 meses
5.	Desarrollo del Plan local de salud	3 meses
	Fortalecimiento de la participación social	Permanente
6.	RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD	
7.	Conformación del Comité de Gestión de Red a Nivel Zonal	1 mes
8.	Análisis de demanda/ oferta y brechas a nivel zonal	3 meses
9.	Análisis de accesibilidad a nivel zonal	
10.	Análisis de las carteras de servicios de todos los establecimientos públicos y privados	3 meses
11.	Análisis complementariedad de carteras de servicios	3 meses
12.	Establecer mapas de flujo desde de la Microred hacia Red Zonal	3 meses
13.	Flujos de atención específicos /redes especializadas	3 meses
14.	Capacitación – acción	Permanente

3.4.2.6. CONSTRUCCIÓN DE MACROREDES

La construcción de las macroredes que corresponden a las Zonas 9, 8 y 6 pasa por un análisis de cada una las Redes Zonales y los tipos de prestaciones y su complejidad que son derivadas a estas macroredes y el ordenamiento de flujos de derivación territorializados.

○ **Objetivo**

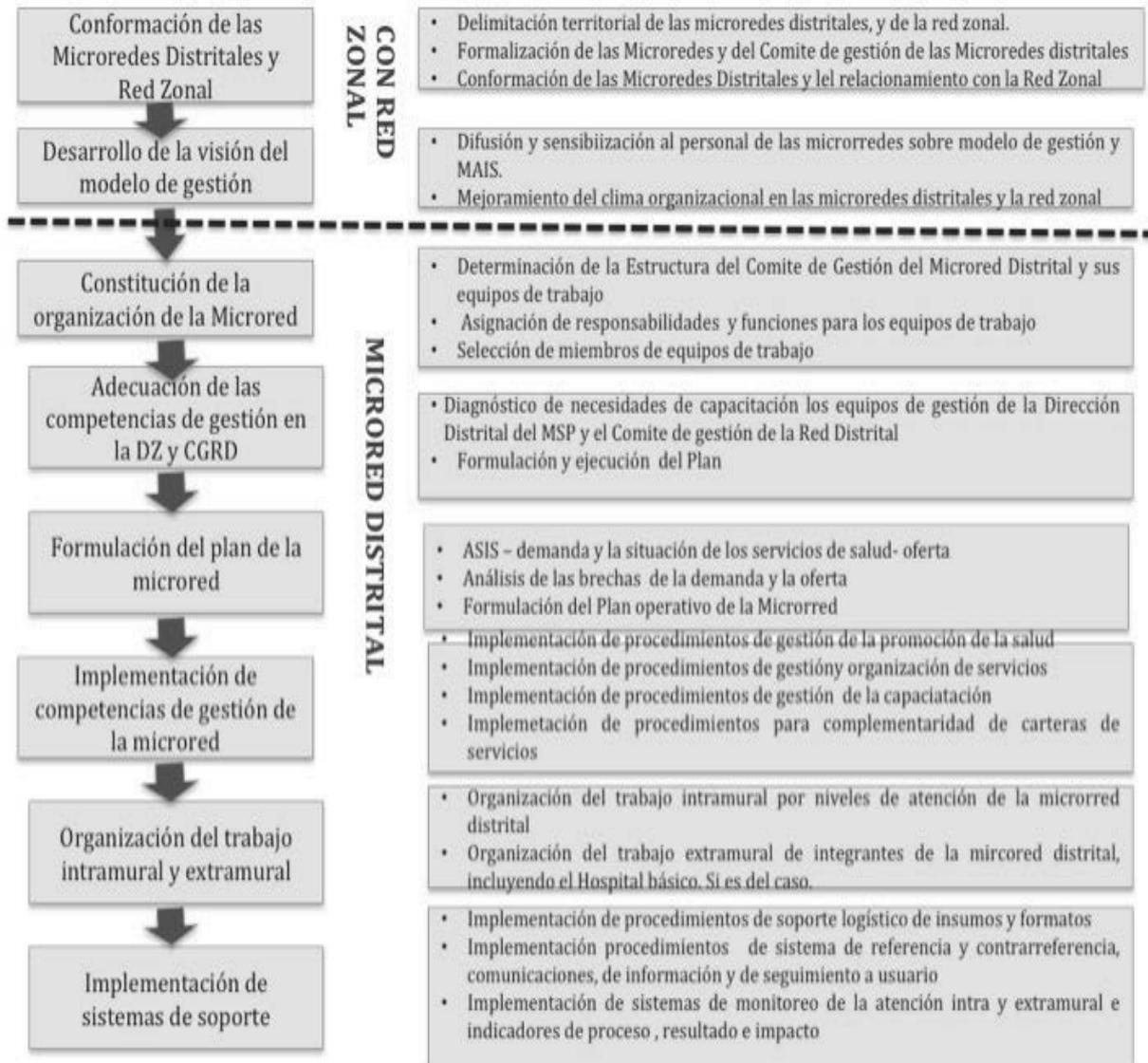
Formular la propuesta que adecúa la continuidad de la atención desde las Zonas hacia los establecimientos ambulatorios y/o hospitalarios de segundo y tercer nivel de la Zona 9, 8 y 6 sobre la base de la información de accesibilidad obtenida y analizada y el contexto actualizado para mejorar el grado de acceso y continuidad de la población a los servicios de salud en su territorio.

Es que la decisión de asignar a los establecimientos de salud de segundo y tercer nivel, que se requiere ser flexible con relación a los otros criterios, principalmente, el geopolítico, de accesibilidad y de disponibilidad del servicios.

En esta etapa, se requiere contar con toda la información previamente consolidada por el equipo tanto de accesibilidad como el inventario de establecimientos de primer, segundo y tercer nivel y sus carteras de servicios.

A continuación, actividades que se sugieren para la construcción de las macroredes 9, 8 y 6:

GRÁFICO 14. PROCESOS DE ACTIVIDAD CLAVES PARA LA ORGANIZACIÓN DE MACRORED



Elaboración: equipo de trabajo DNARPCS. 2014

○ **Producto**

Una macrored con delimitación geográfica por zonas con flujos de accesibilidad en tiempos, según transporte, cartera de servicios complementarias y flujos de atención continua entre nivel de atención, flujos de referencia, derivación y contrarreferencia.

CAPITULO IV

DESARROLLO DE INTERVENCIONES PRIORITARIAS POR NIVEL DE GESTIÓN PARA IMPLEMENTAR LA RED Y SUS MICROREDES

4.1 A NIVEL ZONAL

- Articulación de la gestión de la Red de las Enfermedades Catastróficas y raras a la RPIS

- Gestión de pacientes:
 - Teléfono único de la Red Pública Integral de Salud en cada Zona
 - Contratación del talento humano necesario para la gestión de pacientes desde el SIS- ECU911
 - Organización de respuesta 24 horas / 7 días a la semana.
 - Ingreso de pacientes a la RPIS- RPC y RPS (Anexo No 15- Procedimientos para el ingreso de los pacientes de la RPIS)
 - Socialización RIPS y RPC.
- Organización del trabajo de cada uno de los establecimientos de salud de segundo y tercer nivel.
- Organización de flujos de atención desde el primer nivel hasta los hospitales de segundo y tercer nivel:
 - Cartera de servicios de todos los prestadores
 - Georeferencia de prestadores por nivel de atención
 - Flujos de accesibilidad
- Monitoreo en terreno:
 - Visitas de auditoría concurrente a hospitales y centros de salud con emergencia 24 horas
 - Visitas prestadores públicos y privados
 - Sistematización de información
- Analista de atención al usuario que de acuerdo a un cronograma visitan establecimientos públicos y privados (chalecos azules)

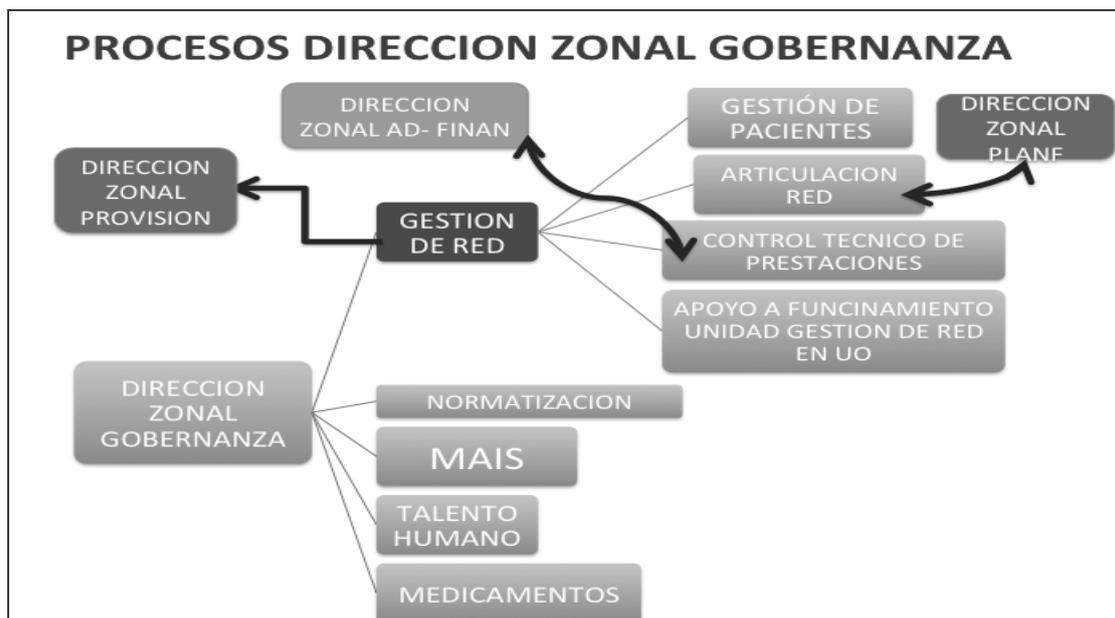
La necesidad de identificar los comportamientos del personal de establecimientos públicos y privados con los usuarios que son derivados de la RPIS para verificar calidad de la atención, no discriminación.

Se comenzará con los establecimientos del MSP, luego con los de la RPIS y luego con los de la RPC

- Comité Interinstitucional de Gestión Zonal de la RED, conformar y hacerlo funcionar sistemáticamente.

A nivel zonal, en la Dirección Zonal de Gobernanza, se ubica la gestión de Red y se muestra las relaciones internas en la Estructura de la Coordinación Zonal.

GRÁFICO 15. PROCESOS DIRECCIÓN ZONAL GOBERNANZA



4.2 NIVEL DISTRITAL

Unidades de atención al ciudadano en los establecimientos de salud

En el estatuto de gestión de los establecimientos de salud, se encuentran estas unidades que están destinadas a facilitar la entrada y circulación de las personas en el ámbito tanto del primer nivel como del hospitalario, además de ocuparse en muchos casos, de la gestión de turnos, y de asegurar las referencias a niveles de mayor complejidad y contrareferencia al primer nivel de atención. (Anexo No 16. Unidades de atención al ciudadano y gestión de red)

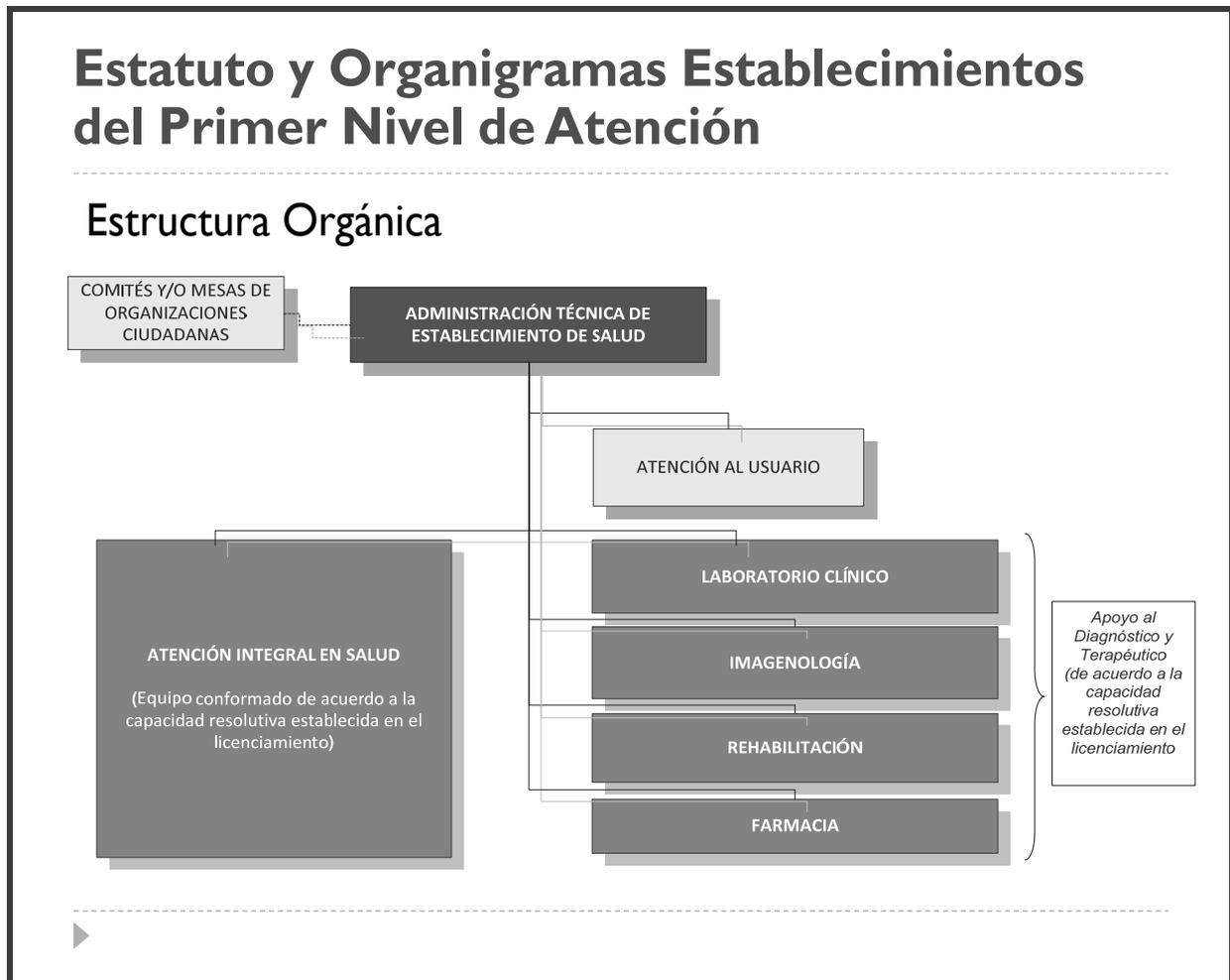
Estas unidades deben dar prioridad a aquellas personas con mayores barreras de acceso, mejorando la equidad del sistema, y permitiendo reducir la incertidumbre que produce circular por instituciones a veces desconocidas, y en situación personal de padecimiento.

Sus competencias son:

- Manejo del Directorio de los establecimientos de la red y su cartera de servicios con horarios de atención visibles.
- Agendamiento: ordenamiento para priorizar consultas preventivas por ciclo de vida con mecanismos para evitar ausentismo (Anexo No 17- Procedimientos para el agendamiento)
- Registro y citas de listas de espera
- Manejo de la referencia y contrareferencia
- Orientación al usuario
- Unidad de gestión de red, puede ser o no articulada a la Unidad de Atención al Usuario.
 - Relación con la gestión zonal de red
 - Auditoría y planillaje de pacientes con Atención Integral
- Implementación de las Salas de espera
- Implementación de Salas Situacionales
- Flujos de coordinación asistencial, comunicación entre unidades de primer nivel y de unidades de mayor nivel de complejidad.
- Socialización para:
 - Compartir problemas y objetivos.
 - Se ubiquen en un territorio específico por distrito
 - Identifiquen su cartera de servicios, sus fortalezas y debilidades, flujos de comunicación
- Diseño de flujos de atención extramural e intramural
- Identificar acciones trazadoras para consolidar las microredes a nivel nacional: análisis de la calidad del Control prenatal u otras prioritarias
- Identificación de necesidades de recursos
- Comité de Gestión de la RPIS - Distrital
- Estudios de investigación operativa

Cada establecimiento de salud de primer nivel tiene definido un organigrama en el que se puede articular estas intervenciones, como se muestra a continuación.

GRÁFICO 16. ESTATUTO Y ORGANIGRAMAS ESTABLECIMIENTO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN



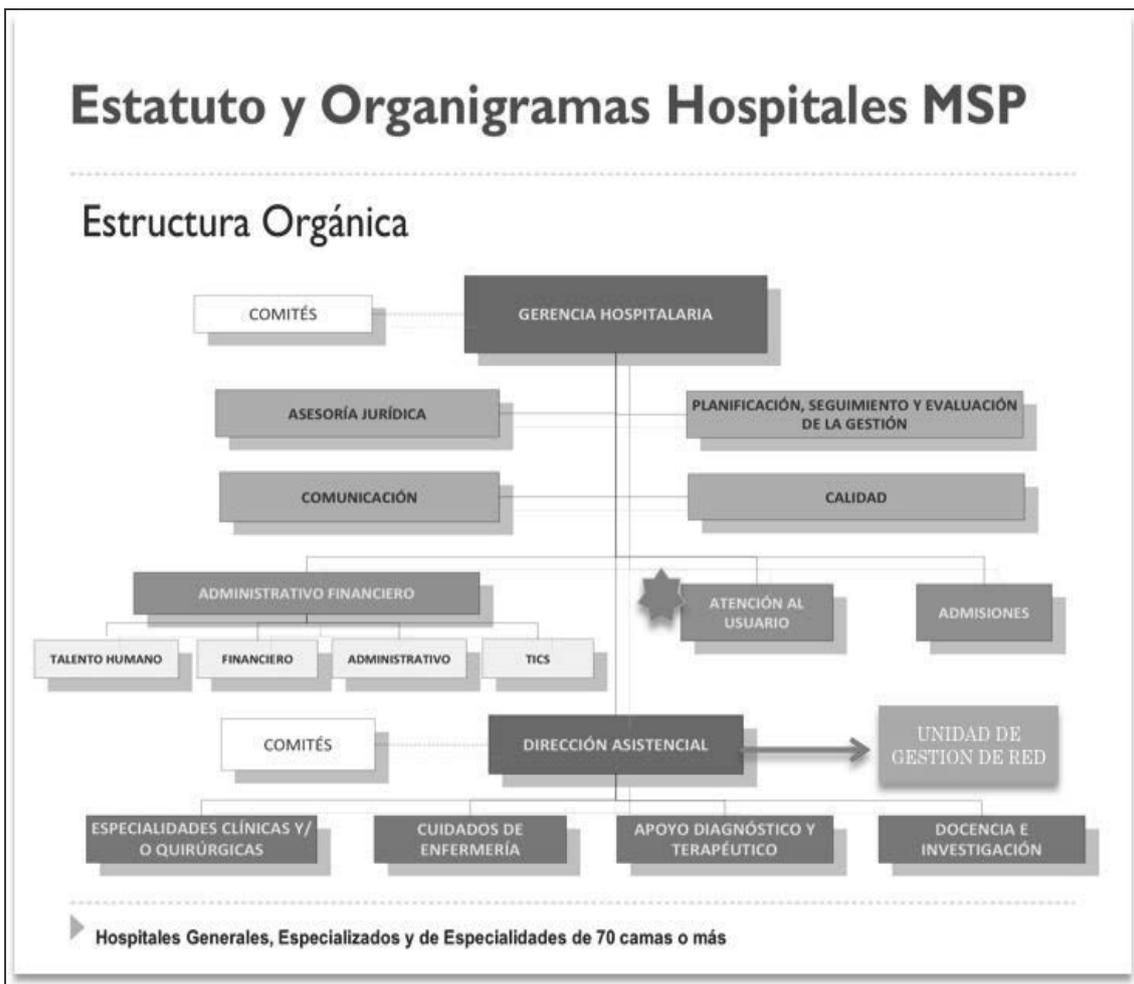
4.2 A NIVEL HOSPITALARIO

- **Atención al usuario – estatuto**
 - Registro y citas de listas de espera
 - Manejo de la referencia y contrareferencia
 - Agendamiento
- **Unidad de gestión de red (crear dependiente de la Dirección Asistencial)**
 - Relación con la gestión zonal de red
 - Gestión pacientes
 - Auditoría y facturación de pacientes con AI- ECT- SOAT, Otras instituciones
 - Gestión de cobros a financiadores
- **Territorialización de los hospitales**
 - Cartera de servicios disponible detallada

- **Manejo integral de emergencias (Anexo No 19- Procedimientos para el Manejo de las Emergencias)**
 - Teléfono único y exclusivo para el Servicio de Emergencia
 - Jefe de Guardia del Hospital y de emergencia de 4:30 pm- 8am
 - Lista jefes de guardia con teléfonos disponible en lugar visible.
 - Área de críticos.
 - Área de Triage
 - Articulación con Atención Prehospitalaria (SIS ECU- Transporte Primario)
 - Flujo de atención en emergencias
- **Manejo integral de Atenciones programadas (Anexo No 21- Manejo Integral de Atenciones Programadas):**
 - Identificación de listas de espera en los servicios de consulta externa, laboratorio, imagen e intervenciones quirúrgicas
 - Gestión de listas de espera
 - Flujo de atención

En el estatuto de hospitales, las intervenciones propuestas son factibles como se visualizan a continuación.

GRÁFICO 17. ESTATUTO Y ORGANIGRAMAS HOSPITALES MSP



CAPITULO V

RECONOCIMIENTO Y COMPENSACIÓN ECONÓMICA POR LA ATENCIÓN DE PACIENTES A LOS PRESTADORES

El Tarifario Nacional del Sistema Nacional de Salud fue emitido y publicado en el Registro Oficial, edición especial No. 289 del 24 de mayo de 2012, con el Acuerdo Ministerial N.- 160, que es el instrumento clave para el reconocimiento económico de las prestaciones entre la RPIS y la RPC.

El tarifario y sus normas generales y específicas son obligatorias para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud.

5.1. ACTUALIZACIÓN DEL TARIFARIO Y DE INSTRUCTIVOS DE OPERACIÓN

El procedimiento está descrito en la sección G del Tarifario Nacional con los siguientes propósitos:

- Adicionar o eliminar códigos de acuerdo con el CPT (siglas en inglés-Terminología de Procedimientos Técnico Médicos) y/o incluir o excluir prestaciones, procedimientos, servicios o paquetes de prestaciones, de acuerdo con los estudios de morbi-mortalidad de la población atendida, evaluación económica, innovaciones tecnológicas, que deben tener el correspondiente soporte de la evidencia científica.
- Fijar los factores de conversión monetarios de servicios institucionales, de diagnóstico, otros procedimientos y honorarios médicos, con el fin de actualizar su valor.

El Tarifario deberá ser revisado de forma continua y su actualización del Tarifario se generará de forma anual, bajo el liderazgo de la Autoridad Sanitaria Nacional.

5.2. MECANISMOS PARA OPORTUNIDAD DEL PAGO Y CRUCE DE CUENTAS

Este tema está incluido en el tarifario, en el Instructivo 001, en el cual se establece la Viabilidad para la atención de los pacientes en las Unidades de salud de la RPIS y RPC

En el año 2013, se emitió la norma de selección, calificación y contratación, derivación nacional e internacional, proceso de control técnico y pago de proveedores con tiempos en cada hito del proceso, lo que permitirá definir ante la presentación de cada reclamo el tiempo para el pago.

GLOSARIO

- **Modelo:** Es el marco conceptual de referencia que brinda la imagen ideal de la forma de trabajo y de las relaciones entre los distintos elementos estructurales que lo componen.
- **Modelo de gestión:** Es el marco conceptual de referencia que define el conjunto de políticas, sistemas, procesos e instrumentos, que operando coherentemente establecen la forma de conducir, dirigir su organización, permitiendo una adecuada y oportuna toma de decisiones para el logro de los objetivos sanitarios y económicos, dentro de los nuevos escenarios cambiantes.
- **Atención de salud:** Es el cuidado que reciben los individuos, las familias y la comunidad, para satisfacer sus necesidades de salud, por parte de las familias, las comunidades, las instituciones y el Estado.
- **Atención integral e integrada:** ofrecer de acuerdo a la complejidad de los establecimientos, actividades integrales (promoción, prevención, curación, rehabilitación, cuidados paliativos y atención prehospitalaria), desde el 1er nivel de atención y continuar a otro, si así lo requiere. Incluye los servicios de diagnóstico y tratamiento necesario, según cada condición de salud y las Guías de Práctica Clínica establecida.
- **Atención continua:** que el equipo de salud en cada nivel se responsabilice desde el diagnóstico o identificación del problema o necesidad hasta la curación y en comunicación con los otros niveles.
- **Prestación de servicios de salud:** Es la provisión de servicios de salud a los individuos, las familias y la comunidad, para satisfacer sus necesidades de salud.

- **Redes de salud:** conjunto de establecimientos y servicios de salud, de diferentes niveles y tipos de complejidad y capacidad de resolución, interrelacionados por una red vial y corredores sociales, articulados funcional y administrativamente, cuya combinación de recursos y complementariedad de servicios asegura la provisión de un conjunto de atenciones integrales prioritarias de salud, en función de las necesidades de la población.
- **Microred de Salud:** conjunto de establecimientos de salud del primer nivel y de algunos de segundo nivel de atención de un Distrito, cuya articulación funcional, según criterios de accesibilidad, ámbito geográfico y epidemiológico, facilita la organización de la prestación de servicios de salud. Constituye la unidad básica de gestión y organización de la prestación de servicios. La agregación de microredes conformará una red zonal de salud.
- **Dispensarización:** Es el proceso organizado, continuo y dinámico de evaluación e intervención planificada e integral, con un enfoque clínico, epidemiológico y social, del estado de salud de los individuos y familias. Es un proceso coordinado y liderado por el equipo básico de salud.
- **Telemedicina:** se define como la prestación de servicios sanitarios de medicina a distancia, utilizando para su implementación, las tecnologías de la información y comunicaciones.
- **Tele salud:** es el proceso de formación, educación y aprendizaje, dirigidas a la comunidad y/o al usuario interno, con el fin de actualizar los conocimientos del personal de salud y afianzar las nociones de la comunidad en lo relacionado al área sanitaria.
- **Atención Médica en Telemedicina.-** Es un Sistema de prestación de Servicios Sanitarios a distancia, usando para su implementación, tecnologías de la información y comunicaciones.
- **Consulta Especializada.-** Es la atención que realiza el médico especialista al usuario, con el fin de establecer un diagnóstico para posterior tratamiento en función de una determinada rama de la Medicina.
- **Consentimiento Informado.-** Es el procedimiento médico formal, cuyo objetivo es aplicar el principio de autonomía del paciente, es decir, la obligación del personal de salud de respetar las decisiones del usuario de forma individual y tomando en cuenta sus preferencias en cuidados y tratamientos médicos.
- **Médico Primera Atención.-** Es el profesional de la salud, con el que el usuario externo tiene el primer contacto en su ingreso al Sistema Nacional de Salud (puede ser médico general o especialista).
- **Referencia en Telemedicina.-** Es el envío de información de usuarios o elementos de ayuda diagnóstico por medios electrónicos a las unidades operativas de salud, a otras instituciones sanitarias para la atención o complementación diagnóstica.
- **Contrareferencia en Telemedicina.-** Es la respuesta que las Unidades de Salud receptoras de la referencia en telemedicina da al organismo sanitario, o a la unidad familiar. Esta respuesta puede ser como contra – remisión (indicaciones) o con la información sobre la atención que recibió el usuario en la institución receptora
- **Sistema de Salud Basado en la APS:** Enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema. Un sistema de salud basado en la APS está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales esenciales, que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales son aceptables para la población y promueven la equidad. Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, pone énfasis en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción. Un sistema de salud basado en APS requiere un sólido marco legal, institucional y organizativo, además de recursos humanos, económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles. Emplea prácticas óptimas de organización y gestión en todos los niveles del sistema para lograr calidad, eficiencia y efectividad, y desarrolla mecanismos activos, con el fin de maximizar la participación individual y colectiva en materia de salud. Un sistema de salud de esta naturaleza promueve acciones intersectoriales para abordar otros determinantes de la salud y la equidad (OPS. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la OPS/OMS. Washington, D.C., 2007).¹⁰
- **Servicios Integrales:** Promoción, prevención, cuidados curativos, rehabilitación, paliativos y socio-sanitarios.
- **Servicios Integrados:** Coordinación entre todas las partes (ESS) del sistema, a través del continuo de cuidados y el curso de vida.

¹⁰ Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.: OPS, © 2010

BIBLIOGRAFIA

- Constitución de la República, Derechos del Buen Vivir. Ecuador. 2008. (Art. 32, 35 y 66), (25), 100 (2), 227, 276 (3), 340, 362, 363 (2), 366
- Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017. Quito, Ecuador 2013
- Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. Quito, Ecuador. 2002. (Art. 1, 6 (3), 4, 7 (a) (e) (k), 8 (d), 9 (e) (g) (h), 358, 359, 360 y 361).
- La Agenda Social 2009-2011. Ministerio Coordinador de Desarrollo Social. Ecuador 2009
- Reglamento a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. Artículo 15. 2002. Ecuador
- Ley de Amparo y Protección del Paciente. Ecuador. 2000
- Ley de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas. Marzo 2009. Ecuador.
- Reglamento del Seguro de Salud del ISSFA, para cubrir las Prestaciones de Enfermedad y Maternidad. Ecuador
- Ley de la Seguridad Social. Ecuador. 2004
- Ley de la Seguridad Social de la Policía Nacional. 9 de mayo de 1995. Ecuador.
- Reglamento del Seguro de Enfermedad y Maternidad ISSPOL. 29 de junio 2010 Ecuador.
- Ley de Discapacidades. Registro Oficial No.796, del martes 25 de septiembre de 2012. Ecuador
- Ley Estadística. 9 de junio 1876. Ecuador
- Ley Orgánica de Transparencia y acceso a la información Pública. RO 337. Mayo 2004 Ecuador.
- Políticas Nacionales de Información Geoespacial (CONAGE)” Consejo Nacional de Geoinformática – Quito Ecuador - septiembre 2010
- Acuerdo Interministerial No. 002-2008 del Consejo de Política Sectorial de Desarrollo Social.
- Convenio Marco Interinstitucional para integrar la Red Pública Integral de Salud. Ecuador. 2012
- Tarifario de Prestaciones de Servicios para el Sistema Nacional de Salud. Ecuador. Mayo 2012
- Norma técnica para la derivación y financiamiento de cobertura internacional para la atención integral de salud de usuarios con enfermedades catastróficas. Acuerdo Ministerial 00004194. MSP Ecuador. 2013
- Norma técnica de Tipología de Unidades. Acuerdo Ministerial NO 1203 del 6 de junio de 2012. Ecuador.
- Norma técnica para el procedimiento de evaluación, selección, calificación y adquisición de servicios de salud de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria. Acuerdo Ministerial 00004195. MSP- Ecuador. 2013
- Procedimientos para la prestación y asignación de prestadores del servicio de diálisis. Acuerdo Ministerial 00004196. MSP. Ecuador 2013.
- Procedimientos para la prestación y asignación de prestadores del servicio de diálisis. Acuerdo Ministerial 00004196. Ecuador 2013.
- Instructivo 001-2012 para la viabilidad en la atención en salud en las unidades de la Red Pública Integral de Salud y en la Red Privada (Complementaria) de Servicios de Salud . MSP- Ecuador 2012.
- Acuerdos de licenciamiento: 1484: primer nivel de atención; 2716 segundo nivel; 3154: diálisis. Ecuador 2012.
- Modelo de Atención Integral de Salud. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Ecuador 2012
- El Sumak Kawsay. MEC. Ecuador 2008

- Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Geneva: World Health Organization (1978).
- Hartz ZMA, Contandriopoulos, AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. Cadernos de Saúde Pública 2004; 20 Sup 2:S331-S336.
- Botero C., Restrepo J., Ramirez G. Ayala A. Programa de reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud del departamento de Risaralda. Conformación general de la red de servicios de salud del Departamento de Risaralda presentado al Ministerio de la Protección Social. Marzo de 2007
- Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, Espauella J, Espinosa J, Figuerola M, Esperalba J. Instrumento NECPAL CCOMS-ICO©: Identificación de Pacientes con Enfermedades Crónicas Evolutivas y Necesidades de Atenciones y Medidas Paliativas en Servicios de Salud y Sociales. Centro Colaborador de la OMS para Programas Públicos de Cuidados Paliativos. Instituto Catalán de Oncología. Accesible en: <http://ico.gencat.cat>
- Modelo de Red de los Servicios Regionales de Salud. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Una guía para el desarrollo de los servicios de salud para la atención a las personas. Disposición 00024; SESPAS. Octubre 5; 2005
- Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I Organizaciones Sanitarias Integradas: un estudio de casos. Barcelona: Consorcio Hospitalaria de Catalunya. 2007.
- Bardález, C. Modelo de gestión local de servicios de salud. Lima: Promoviendo alianzas y estrategias, Abt Associates Inc. 2007. Pp. [110].
- Enthoven, AC. Integrated delivery Systems: the cure for fragmentation. Am J Mang Care. 2009; 15:s284-s290.
- Experiencias de aplicación de redes de salud en Chile Editora: Carolina Cisternas Ramírez. Revista Estudios Seriadados en Gestión de Instituciones de Salud Centro de Gestión de Instituciones de Salud, Universidad de Talca. Año 6, N° 12, septiembre de 2010. (44 – 59)
- Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.: OPS, © 2010
- Artaza Barrios, O; Méndez, C; Holder, R; Suárez, J. REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD: EL DESAFIO DE LOS HOSPITALES. Santiago, Chile: OPS/OMS, 2011
- Orientaciones para la PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN EN RED AÑO 2012. SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES DIVISIÓN DE GESTIÓN DE REDES ASISTENCIALES. Departamento de Gestión de Servicios de Salud. Santiago, Chile. 10 de diciembre de 2011.
- López, P, Carbonell, L, García, A. Serrano A. y Ramírez L, METODOLOGÍA PARA LA CARACTERIZACIÓN DE UNA RED DE SERVICIOS DE SALUD Y SU APLICACIÓN EN EL CONTEXTO ECUATORIANO. Revista Cubana Salud Pública 2011;37(2):130-6
- Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y procedimiento para su actualización. MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. TEXTOS LEGALES 2009. España 2011.
- La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la OPS/OMS. Washington, D.C., 2007)
- Reforma Democrática del Estado. Rediseño de la Función Ejecutiva; de las carteras de estado y su modelo de gestión, y de la organización territorial. SENPLADES- Ecuador. 20....
- Seminario L., Guía para la delimitación de Micro redes de Salud. USAID/Perú/Políticas en Salud. Lima- Perú. 2011
- Modelo Base de Implantación de Centros de Responsabilidad. División de Redes Asistenciales y División de Presupuesto e Inversiones. Subsecretaria de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud (2007). Versión 2.
- Codificación Cartera de Servicios. CGDE-MSP- Ecuador. 2012
- Mintzberg, H.; Quinn, J. El Proceso estratégico. Editorial Prentice Hall Hispanoamericana. México. 1998.
- Spadafora, Santiago Gerardo: Estructura organizacional de los servicios sanitarios. Buenos Aires, julio 2007.

ANEXOS

ANEXO 1- INDICADORES DEL PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR

PARA CONSEGUIR LOS COMPROMISOS, QUE PERMITAN OBTENER RESULTADOS DE IMPACTO SOCIAL (RIS) 2013-2017

COMPROMISOS DE GESTIÓN PARA CONSEGUIR EL PLAN DEL BUEN VIVIR							
ATRIBUTOS Y PRODUCTOS DEL ESTATUTO ORGÁNICO DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA							
RIS	CIRCUITOS ACCIONES OPERATIVAS SOBRE CAUSAS Y EFECTOS COBERTURA DE				DISTRITOS	ZONAS	PLANTA CENTRAL
RESULTADOS DE IMPACTO SOCIAL COBERTURA	PROMOCION DE LA SALUD	PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD	RECUPERACION	REHABILITACION	CUUIDADOS PALIATIVOS		
INDICADORES DEL PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR	Establecidas en el Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017: <ul style="list-style-type: none"> • Reducir la razón de mortalidad materna en 29,0% • Reducir la tasa de mortalidad infantil en 41,0% • Erradicar en la desnutrición crónica en niños/as menores de 2 años • Revertir la tendencia de la incidencia de obesidad y sobrepeso en niños/as de 5 a 11 años y alcanzar el 26,0% • Reducir la mortalidad por dengue grave al 2,0% • Aumentar al 64,0% la prevalencia de lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida • Eliminar las infecciones por VIH en recién nacidos 					<ul style="list-style-type: none"> • Indicadores de Impacto social de acuerdo a la realidad local (Basándose en su perfil epidemiológico). • Índice de integración de la RPIS 	
INDICADORES DE GESTIÓN INSTITUCIONAL PROPIOS DE LA REALIDAD LOCAL (ESTRUCTURA, PROCESOS Y RESULTADOS)	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de salud • Problemas de servicios de salud • Determinantes de la salud 						

ANEXO 2- ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

En la Carta de Ottawa, documento elaborado por la Organización Mundial de la Salud, durante la Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud, celebrada en Ottawa, Canadá, en 1986, se establecieron cinco funciones básicas necesarias para producir salud, las mismas se visualizan a continuación.

Gráfico No 1

Estrategias de Ottawa



08/11/13

Dra Sofíaleticia Morales OPS/OMS

43

Una descripción resumida de la misma, se detalla a continuación:

a) Desarrollar aptitudes personales para la salud

La promoción de la salud proporciona la información y las herramientas necesarias para mejorar los conocimientos, habilidades y competencias necesarias para la vida. Al hacerlo, genera opciones para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el ambiente, y para que utilice adecuadamente los servicios de salud. Además, ayuda a que las personas se preparen para las diferentes etapas de la vida y afronten con más recursos las enfermedades y lesiones, y sus secuelas.

b) Desarrollar entornos favorables:

La promoción de la salud impulsa que las personas se protejan entre sí y cuiden su ambiente. Para ello, estimula la creación de condiciones de trabajo y de vida gratificante, higiénica, segura y estimulante. Además, procura que la protección y conservación de los recursos naturales sea prioridad de todos.

c) Reforzar la acción comunitaria

La promoción de la salud impulsa la participación de la comunidad en el establecimiento de prioridades, toma de decisiones y elaboración y ejecución de acciones para alcanzar un mejor nivel de salud. Asimismo, fomenta el desarrollo de sistemas versátiles que refuercen la participación pública.

d) Reorientar los servicios de salud

La promoción de la salud impulsa que los servicios del sector salud trasciendan su función curativa y ejecuten acciones de promoción, incluyendo las de prevención específica.

También, contribuye a que los servicios médicos sean sensibles a las necesidades interculturales de los individuos, y las respeten.

Asimismo, impulsa que los programas de formación profesional en salud incluyan disciplinas de promoción, y que presten mayor atención a la investigación sanitaria.

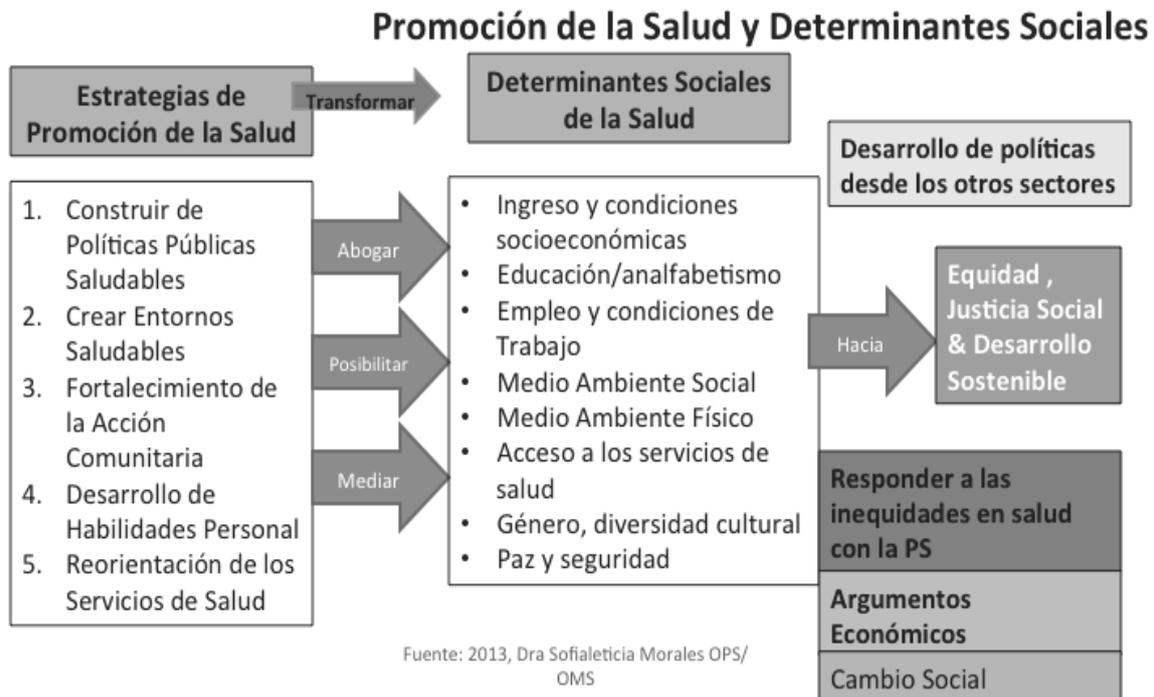
Por último, aspira a lograr que la promoción de la salud sea una responsabilidad compartida entre los individuos, los grupos comunitarios y los servicios de salud.

e) Impulsar políticas públicas saludables

La promoción de la salud coloca a la salud en la agenda de los tomadores de decisiones de todos los órdenes de gobierno y de todos los sectores públicos y privados. Al hacerlo, busca sensibilizarlos hacia las consecuencias que sobre la salud tienen sus decisiones. También, aspira a propiciar que una decisión sea más fácil al tomar en cuenta que favorecerá a la salud. Asimismo, promueve que todas las decisiones se inclinen por la creación de ambientes favorables y por formas de vida, estudio, trabajo y ocio que sean fuente de salud para la población.

Por otra parte, existe una relación estrecha entre la promoción de la salud y los determinantes sociales de la salud como se muestra en el siguiente gráfico.

Gráfico No 2



Este Gráfico No. 2, operacionaliza en varios elementos de la estrategia de Promoción de la Salud.

ANEXO 3.- INSTRUCTIVO PARA EL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE LA SALUD-ASIS

Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud
 Viceministerio de Atención Integral de Salud
 Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad
 Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud
 Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública



INDICE

I. PRESENTACIÓN DEL INSTRUCTIVO

II. Definición del Análisis Situacional Integral de Salud (ASIS) y su lugar en el Modelo de Atención Integral de Salud

III. Metodología de trabajo para el desarrollo del ASIS

3.1 Primera fase: Producción del Diagnóstico Situacional

3.1.1 Índice: bloques temáticos del Diagnóstico Situacional

3.2 Segunda fase:

Conformación o fortalecimiento del Comité Local de Salud

3.3 Tercera fase:

Socialización del Diagnóstico Situacional, validación y elaboración del Plan

Local de Salud (PLS)

3.3.1 Priorización del problema

3.3.2 Elaboración del Plan Local de Salud

3.4 Cuarta fase:

Implementación, acompañamiento y seguimiento del Plan Local de Salud

3.5 Quinta fase: Actualización en base al diagnóstico dinámico en el contexto de la sala situacional**Abreviaturas****Glosario****Anexos****Referencias****I. PRESENTACIÓN DEL INSTRUCTIVO**

En el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS_FCI), el concepto de salud se comprende como producto de dos condiciones que interaccionan: las condiciones sociales y biológicas, pero la salud es también una condición y oportunidad fundamental para materializar el buen vivir. La mirada de la salud dentro del contexto social hace que el Modelo se oriente al cuidado de la salud individual y colectiva, fortaleciendo la promoción de la salud basada en la participación social y ciudadana, previniendo la enfermedad, y recuperando la salud.

El ASIS constituye una de las principales herramientas conceptuales y metodológicas para la implementación del Modelo (MAIS-FCI) en el que con la participación de los actores sociales se construye desde lo local el diagnóstico, se analiza la realidad, la identificación de problemas de salud, las prioridades y los medios para transformar esos problemas, a través de la construcción de Planes Locales de Salud (PLS) que desde un enfoque y estrategia intersectorial contribuye a la construcción de espacios sociales y ambientales saludables, y asegura el Buen Vivir desde la salud.

Este instructivo -que es un anexo del modelo- orienta y apoya la aplicación del MAIS-FCI, en la parte que corresponde al Análisis Situacional Integral de la Salud. El ASIS es una herramienta de la gestión de salud que se ha aplicado a lo largo del tiempo, no es nuevo su uso; sin embargo este suele limitarse en muchos casos a la obtención de un diagnóstico situacional del momento, y era construido únicamente por los miembros de los equipos de salud sin la participación de la comunidad. El producto de esa aplicación del diagnóstico recogía desde un solo punto de vista la problemática de salud de la población lo cual limitó la comprensión y el tratamiento de los problemas de salud. Por otra parte ese diagnóstico no era desarrollado de forma estandarizada por los equipos lo cual dificultó un adecuado aprovechamiento de esta herramienta. En síntesis, el ASIS

se veía como el ejercicio de elaboración de un diagnóstico, y no como un proceso social de mayor alcance construido con la comunidad.

En este sentido y en el contexto del MAIS_FCI el presente documento amplía la comprensión del ASIS desde lo conceptual y metodológico. Una mejor comprensión del ASIS y de sus productos ayuda a mejorar su aplicación e impacto en la gestión de la salud pública.

Este instructivo se construyó con la participación de representantes de la Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad, de la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud, Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud, y profesionales de la salud del Primer Nivel de Atención que intervinieron en la validación del instructivo.

Este documento de orientación está dirigido a las autoridades zonales y distritales, a los responsables de los procesos agregadores de valor de los niveles zonal y distrital, directores de establecimientos de salud, y a los Equipos de Atención Integral de Salud (EAIS) quienes tienen la responsabilidad de aplicar el proceso del ASIS en el territorio.

Objetivo del instructivo**Objetivo general:**

Incrementar la comprensión y aplicación del ASIS en lo local, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural para mejorar la gestión de salud con la intervención de la comunidad.

Objetivos específicos

- Orientar y unificar criterios de aplicación del ASIS.
- Establecer los procesos de participación social para la conformación del Comité Local de Salud, y elaboración del Plan Local de Salud.
- Apoyar a la generación de información relevante y al análisis de los determinantes sociales de la salud tomando en cuenta el contexto sociocultural y el de la salud en los respectivos territorios.

Responsables de la aplicación del ASIS

La aplicación del Análisis Situacional Integral de Salud se desarrolla principalmente en el entorno de las unidades o establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención (PNA) y es ejecutado por los Equipos de Atención Integral de Salud (EAIS) compuestos por las y los médicos, enfermeras, y técnicos de atención primaria de salud (TAPS) en sus respectivos territorios. Las zonas y distritos son responsables de coordinar, facilitar el proceso de aplicación del ASIS y gestionar la información del territorio.

Los EAIS que desarrollan su trabajo en sus respectivos territorios, son los responsables de retroalimentar de la información del proceso de desarrollo del ASIS a los distritos y estos a su vez, retroalimentan del proceso a las zonas.

La retroalimentación de todo el proceso por parte de los EAIS y la organización de la información en los distritos y en las zonas se complementa (local – distrital – zonal) para tener una visión amplia e integrada del territorio y esto

facilita la intervención local de manera participativa con la población para transformar los problemas de salud y generar las condiciones necesarias para el Buen Vivir.

PROCEDIMIENTO		
Nombre del proceso: Construcción del Análisis Situacional Integral de Salud (ASIS)		
A.	Unidad / Puesto	Tarea / Actividad
1	Nivel Zonal de Salud	<p>Las Unidades Zonales de Gobernanza, Vigilancia Epidemiológica de la Salud, Provisión de Servicios, Interculturalidad, Promoción de la Salud e Igualdad</p> <p>Coordinar los procesos para la construcción de los ASIS con el nivel Distrital</p> <p>Consolidar los Diagnósticos Situacionales del Distrito para contar con información de la Zona.</p> <p>Apoyar y/o facilitar la gestión intersectorial para la implementación de Planes Locales de Salud en relación con el nivel Distrital y los locales, cuando los mismos no puedan ser resueltos en lo local y requiera de la abogacía (intermediación) del nivel zonal.</p>
3	Nivel Distrital	<p>Las Unidades Distritales de, Vigilancia Epidemiológica de la Salud, Provisión de Servicios, Interculturalidad, Promoción de la Salud e Igualdad</p> <p>Coordinar los procesos para la construcción de los ASIS con el nivel local</p> <p>Consolidar los ASIS-Diagnóstico Situacional locales para contar con información del Distrito.</p> <p>Apoyar y/o facilitar la gestión intersectorial para la implementación de Planes Locales de Salud en relación con el nivel Distrital y los locales, cuando los mismos no puedan ser resueltos en lo local y requiera de la abogacía (intermediación) del nivel distrital.</p> <p>Supervisión, monitoreo, y Evaluación.</p>
4	Establecimientos de Salud	<p>El Director coordina con los EAIS el proceso para la el desarrollo del ASIS y construcción del Diagnóstico Situacional en cada establecimiento de salud (unidad operativa).</p>

II. DEFINICIÓN DEL ANÁLISIS SITUACIONAL INTEGRAL DE SALUD Y SU LUGAR EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

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 sobre la realidad. La metodología permite el desarrollo de actividades, que posibilitan construir procesos sociales para la resolución de los problemas de salud y la generación de condiciones saludables.

El ASIS es una herramienta que sirve para desarrollar el análisis de la realidad como una condición necesaria para la intervención. La OPS al respecto menciona que el ASIS “permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud – enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud, así como sus determinantes, sean éstas de competencia del sector salud o de otros sectores” (1). Al ser también, una herramienta de información, el ASIS permite identificar y priorizar los problemas, pero también, genera evaluaciones de impacto en salud.

La construcción del ASIS tiene varios propósitos:

- El desarrollo de mecanismos de participación en procesos de construcción social.
- La caracterización de la situación de salud de la población y el análisis de los determinantes sociales de la salud.
- La definición de problemas y prioridades de la población, así como la verificación del cumplimiento de las políticas públicas en salud.
- La formulación de estrategias de promoción de la salud, prevención y recuperación de la salud, así como la identificación y potenciación de los factores protectores de la salud.
- La construcción de escenarios prospectivos, ya que se puede apreciar las tendencias, evolución de los problemas o de la resolución de los mismos.

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.

Esto contribuye “a la toma racional de decisiones para la satisfacción de las principales necesidades de salud de la población con un máximo de equidad, eficiencia y participación social”. El desarrollo de la participación social, se da no solo en la construcción de los datos, sino en su validación, priorización, búsqueda de respuestas y en las soluciones. Un paso importante para esto, es la medición y análisis de las inequidades y determinantes sociales de la salud.

El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) plantea un cambio en la comprensión y orientación relacionada con la salud, y un aspecto central es el entender la salud como el resultado de una doble dimensión estrechamente relacionada, que viene dada por las condiciones sociales y biológicas que constriñen la salud y el bienestar de la población. Esto puede entenderse como las Determinantes Sociales de la Salud.

Las Determinantes Sociales de la Salud hacen referencia al “conjunto de variables que tienen el potencial para generar protección o daño, es decir, son las condiciones que determinan la salud. Son -también- el conjunto de factores complejos que al actuar de manera combinada determinan los niveles de salud de los individuos y comunidades” (MSP, MAIS, 2013: 40) (2).

En el marco del ASIS se desarrolla el análisis de las determinantes sociales de la salud para comprender las causas de fondo, que inciden en la condición de vida y en la salud de la población, es decir, plantea entender “las causas de las causas” de los problemas de salud para trabajar con la población, y los diversos actores sociales en la solución de esos problemas, en la transformación de la calidad de vida, en la reducción de las inequidades y en la creación de familias, comunidades y distritos saludables lo cual contribuye a materializar el Buen Vivir o Sumak Kawsay.

III. METODOLOGÍA DE TRABAJO PARA EL DESARROLLO DEL ASIS

La elaboración del ASIS se sustenta en una metodología participativa y es un proceso dinámico, que comprende las siguientes fases: el diagnóstico situacional inicial como una primera “fotografía” del territorio y sirve de base para complementar a lo largo del tiempo, la identificación y priorización de problemas, la construcción de planes locales y distritales de salud, el seguimiento y evaluación, la construcción de las salas situacionales de salud.

¿Quiénes participan en la elaboración del ASIS?

- El ASIS debe implementarse en cada establecimiento de salud del primer nivel de atención y es de responsabilidad directa del director/a la coordinación, los EAIS y del resto de integrantes del equipo de salud y los actores comunitarios. Cada equipo de atención integral de salud tiene la responsabilidad de elaborar el diagnóstico inicial del territorio y de la población asignada y el director/ra o su delegado consolida el diagnóstico de la unidad territorial-poblacional asignada.
- La dirección distrital consolida los diagnósticos situacionales de los establecimientos de salud de su ámbito de intervención y elabora el diagnóstico situacional distrital
- La actualización y complementación de datos debe realizarse una vez al año.

Fases de aplicación del ASIS:

- **Primera fase:** Producción del Diagnóstico Situacional, siguiendo la estructura (orden de temas) y las pautas que se establecen en este instructivo.

- **Segunda fase:** Conformación y/o fortalecimiento del Comité Local de Salud
- **Tercera fase:** Socialización y validación del Diagnóstico Situacional, identificación de los problemas y prioridades con los actores locales, elaboración participativa del Plan Local de Salud (PLS).
- **Cuarta fase:** Implementación, acompañamiento y seguimiento del PLS.
- **Quinta fase:** Actualización del diagnóstico dinámico en el contexto de la sala situacional. Evaluación y monitoreo de los resultados.

3.1. PRIMERA FASE: PRODUCCIÓN DEL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

El Diagnóstico Situacional (DS) es la recopilación de la información de base que sirve como una suerte de fotografía de la realidad local, desde la cual se parte para tener una primera visión de los aspectos, que permiten caracterizar a la población y la problemática social y de la salud en el espacio territorial correspondiente.

Este es un ejercicio de investigación y levantamiento de información, y es una parte fundamental del ASIS como metodología de trabajo en la relación salud – sociedad. Este diagnóstico requiere contar con información -cualificada- y análisis de los determinantes sociales de la salud a nivel biológico, económico, social, cultural y ambiental que inciden en la calidad de vida y en los procesos individuales y colectivos de la salud.

El propósito básico del DS es caracterizar y analizar la información para posteriormente incidir en las causas básicas de la relación salud-enfermedad. El DS está compuesto por varios bloques temáticos que proporcionan una organización y orden lógico que da una estructura estándar y definida al DS.

Directrices generales

- El Diagnóstico Situacional comprende el levantamiento organizado y participativo de la información, y el análisis de las determinantes sociales de la salud que son insumos para la identificación de problemas, prioridades que sirven para formular el Plan Local de Salud. El levantamiento de la información en el DS implica la revisión de las fuentes documentales que contienen datos del territorio, así como el recoger información de actores clave de la población.
- El nivel central, así como las zonas y distritos facilitaran a los equipos de atención integral de salud la información estadística nacional dispuesta en las bases de datos (INEC, SIISE, GEOSALUD, etc.), en caso que no puedan acceder a dichas información o bases de datos desde los establecimientos de salud. Los enlaces para acceder a estas bases de datos se encuentra referido en el anexo tres.

Los pasos previos para desarrollar el Diagnóstico Situacional son los siguientes:

- Informar a la población del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) y de la realización del DS en el cual la población participa, a través de actores clave o relevantes del territorio.
- Dinamizar la participación ciudadana.
- Realizar una revisión documental (censos, monografías, informes previos, Planes de Desarrollo y Ordenamiento Territorial, etc.) haciendo una recopilación de la información que existe del medio.
- Elaboración del mapa de actores con el equipo de atención integral de salud, y con las (los) líderes comunitarios.
- Completar la información del DS con la aplicación de técnicas sociales (cualitativas) con la población por medio de la aplicación de entrevistas, grupos focales, observación directa y observación participativa, estudios de caso, etc., que se describe en los anexos (**Anexo 1:** Herramientas sociales para el desarrollo de la participación e investigación con la comunidad).
- Producción del documento de Diagnóstico Situacional, que comprende la información y el análisis de la misma organizada (**Anexo 2:** Ejemplo de análisis de determinantes sociales de la salud), según los bloques temáticos que se describen en este documento (**Anexo 3:** Referencias para el enlace y acceso a bases de datos)

(**Anexo 4:** Formato para presentar el documento de informe del Diagnóstico Situacional).

A continuación, la tabla del bloque temático o índice del diagnóstico situacional DS para el desarrollo de la Fase 1.

3.1.1 ÍNDICE: BLOQUES TEMÁTICOS DEL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

EJE TEMÁTICO	INFORMACIÓN BÁSICA A LEVANTAR	PASOS SUGERIDOS A SEGUIR	TÉCNICAS DE LEVANTAMIENTO	FUENTES DE INFORMACIÓN
1: Caracterización de la unidad geográfica – histórica de la población (CONTEXTO GENERAL)				
<p>Ámbito geográfico: “La unidad geográfica poblacional constituye el espacio básico de gestión de los servicios de salud”. Caracterización general del medio.</p> <p>Marco geográfico -Ubicación (coordenadas) -Superficie -Altitud -Pisos climáticos, -Clima (humedad, temperatura media) -Regímenes de lluvia y sequía -Límites geográficos, -División política del área, -Descripción de principales cuencas hidrográficas del territorio -Descripción general de la accesibilidad del territorio -Listado de las unidades de población más pequeñas, sectores, barrios, recintos, comunidades. -Descripción de poblaciones de difícil acceso por situación o características geográficas.</p> <p>Identificación de factores protectores en el entorno (geográfico): -Características geográficas del espacio geográfico que favorece a la salud y el Buen Vivir. Ejemplo, Valles (Ej. Vilcabamba), clima, Micro climas, disponibilidad y calidad del agua, existencia de Bosques y Áreas Naturales (protegidas o no).</p> <p>Información histórica: -Descripción histórica de la población. Hitos históricos relevantes y sus actores.</p> <p>Ámbito histórico Descripción general de la historia del territorio.</p>	<p>Marco geográfico -Ubicación (coordenadas) -Superficie -Altitud -Pisos climáticos, -Clima (humedad, temperatura media) -Regímenes de lluvia y sequía -Límites geográficos, -División política del área, -Descripción de principales cuencas hidrográficas del territorio -Descripción general de la accesibilidad del territorio -Listado de las unidades de población más pequeñas, sectores, barrios, recintos, comunidades. -Descripción de poblaciones de difícil acceso por situación o características geográficas.</p> <p>Identificación de factores protectores en el entorno (geográfico): -Características geográficas del espacio geográfico que favorece a la salud y el Buen Vivir. Ejemplo, Valles (Ej. Vilcabamba), clima, Micro climas, disponibilidad y calidad del agua, existencia de Bosques y Áreas Naturales (protegidas o no).</p> <p>Información histórica: -Descripción histórica de la población. Hitos históricos relevantes y sus actores.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Buscar en los GADs en sus diferentes niveles (parroquial – cantonal) la información geográfica disponible. 2. Buscar la información en otras instituciones, que puedan disponer de la misma. 3. Si la información es abundante, resumir la misma tomando en cuenta los subtemas solicitados <ol style="list-style-type: none"> 1. En base a la información anterior, identificar desde el espacio geográfico, los factores que pueden favorecer la salud y calidad de vida de las personas o riesgos potenciales 2. Registrar en el documento del DS <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar fuentes bibliográficas clave de la historia local. 2. Identificar a actores clave con conocimiento de la historia local. 3. Identificar hitos históricos relevantes y realizar entrevistas a actores claves. 4. Organizar la información e incluir en el DS. 	<p>Levantamiento de información de fuentes documentales (secundarias)</p> <p>Uso de mapas para ilustrar la localización del territorio y apoyarse en el mapa para la descripción geográfica del territorio.</p> <p>Levantamiento de información de fuentes documentales. Entrevistas con personas que conocen de la historia local.</p>	<p>-Instituto Geográfico Militar -SENPLADES -GADs Parroquiales -GADs Cantonales -Planes de Desarrollo y Ordenamiento Territorial (PDOTs) -GEOSALUD - MSP</p> <p>-Mapas temáticos de otros ministerios e instituciones Información de establecimiento de salud</p> <p>-GADs Parroquiales -GADs Cantonales -Planes de Desarrollo y Ordenamiento Territorial Información disponible en otras fuentes.</p>
1.1: Características socio ambientales de la población.	INFORMACIÓN BÁSICA A LEVANTAR	PASOS SUGERIDOS A SEGUIR	TÉCNICAS DE LEVANTAMIENTO	FUENTES DE INFORMACIÓN
<p>Ámbito: Hace referencia a las características socio - ambientales del territorio y los problemas o potencialidades que inciden en la población y su entorno.</p>	<p>Información relacionada a la situación ambiental - Aire, aspectos favorables (aire puro) o desfavorables (problemáticas relacionadas con la calidad del aire). - Agua, aspectos favorables como fuentes de agua limpia o desfavorable (problemáticas relacionadas con la calidad del agua, contaminación de los ríos, del agua de riego).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Buscar en los GADs en sus diferentes niveles (parroquial – cantonal) la información disponible. 2. Buscar la información en otras instituciones que puedan disponer de la misma. 	<p>-Revisión documental - Entrevistas a personas calificadas Y Observación directa</p>	<p>-GADs Parroquiales. -GADs Cantonales. -Planes de Desarrollo y Ordenamiento Territorial (PDOTs) -GEOSALUD – MSP.</p>

	<p>- Suelo, tipo de suelo, aspectos favorables, suelos fértiles, productivos o desfavorables (problemáticas relacionadas con la calidad del suelo, como erosión,)</p> <p>-Estado de conservación recursos naturales</p> <p>Amenazas Naturales, Deslizamientos, erupciones, inundaciones, sequías, áreas de riesgo sísmico.</p> <p>Amenazas provocadas por el ser humano (antrópicas) -Lugares potenciales de sufrir incendios provocados, explosiones. Gasolinera Cuarteles con depósitos de 8 explosivos Otros.</p> <p>-Eliminación de desechos sólidos: rellenos sanitarios, vertederos, reciclado e incineración, desechos peligrosos, red pública -Niveles de ruido por fábricas, tráfico, música, altoparlantes. -Fuentes de contaminación ambiental: localización, peligros Potenciales, fuentes de agua contaminada, etc. Gestión de desechos comunes, peligrosos - hospitalarios. Actividad minera Entre otros</p>	<p>3. Si la información es abundante, resumir la misma tomando en cuenta los subtemas solicitados.</p> <p>4. Breve síntesis de potenciales riesgos y factores protectores</p>		<p>-Información local -Bases de datos otros ministerios – MAE –</p> <p>-Informes de otras instituciones.</p> <p>-Mapas de riesgo Secretaría de Riesgos</p>
--	---	---	--	--

2: Características demográficas de la población.	INFORMACIÓN BÁSICA A LEVANTAR	PASOS SUGERIDOS A SEGUIR	TÉCNICAS DE LEVANTAMIENTO	FUENTES DE INFORMACIÓN
<p>Ámbito: Hace referencia a las características demográficas, sociales y económicas de la población a nivel parroquial (es la unidad mínima de acceso a los datos censales que es la base de esta información)</p>	<p>Información Demográfica:</p> <p>Características demográficas: -Número total de la población por sexo, edad, pertenencia étnica, y área de residencia (urbana/rural). -Índice de feminidad. -Tasa de crecimiento. -tasa de dependencia (población menor de 15 años + población mayor de 65 años).</p> <p>Migración: características de la migración/emigración. Ausencia de padres en hogar Población desplazada/refugiada</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recopilación y revisión documental de los datos censales, proyecciones, etc. 2. Organización de datos en gráficos o tablas 3. Análisis de los datos 	<p>Revisión documental</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisión de bases de datos del INEC, SIISE. - Revisión de datos de los Planes de Desarrollo Local y Ordenamiento territorial. -De haber otras instituciones en la zona investigar si tienen datos actuales referentes a los temas abordados 	<ul style="list-style-type: none"> -INEC – Censo de población - SIISE Información local -Bases de datos otros ministerios -SENPLADES -Establecimientos de salud - (PDOTs) Otras fuentes, como: los planes de desarrollo local y ordenamiento territorial, información de Instituciones y ONGs, Datos obtenidos por los equipos de salud en años anteriores.
<p>2.1: Contexto sociocultural</p>	<p>INFORMACIÓN BÁSICA A LEVANTAR</p>	<p>PASOS SUGERIDOS A SEGUIR</p>	<p>TÉCNICAS DE LEVANTAMIENTO</p>	<p>FUENTES DE INFORMACIÓN</p>
<p>Ámbito: Descripción sociocultural (étnica y de identidades diversas)</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Población por auto identificación étnica: por parroquia -Descripción de las principales características socioculturales de la población (idioma, migración, identidad, familia, existencia de autoridades tradicionales, adscripción religiosa, identidades juveniles, diversidad sexual, etc.) - Descripción de la cultura alimentaria -Descripción de las principales tradiciones -Descripción de los ciclos festivos -Descripción de los ciclos productivos -Manejo -sociocultural- del ambiente <p>Descripción de los sistemas médicos propios - medicina tradicional-</p> <ul style="list-style-type: none"> -Agentes tradicionales de salud -Concepciones tradicionales de la salud, categorías de la enfermedad. -Conocimientos, prácticas, recursos 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recopilar información bibliográfica sobre grupos étnicos(de haberlos) 2. entrevistas Identificar a personas representativas de la comunidad, barrio, recinto, etc., que puedan ser informantes calificados. 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevistas a informantes clave Revisión documental 	<ul style="list-style-type: none"> -Información documental (libros, informes, información internet) -CENSO INEC - Páginas WEB de organizaciones, nacionalidades, organizaciones GLBTI ONGs y fundaciones -SIISE -Otras Instituciones -Otras fuentes de información local -Personas e instituciones de la comunidad, parroquia o recinto.

2.2 Estado de la situación social	INFORMACIÓN BÁSICA A LEVANTAR	PASOS SUGERIDOS A SEGUIR	TÉCNICAS DE LEVANTAMIENTO	FUENTES DE INFORMACIÓN
<p>Ámbito: Caracterización de la situación social de la población en base a la revisión de indicadores y de información cualitativa local</p>	<p>Información:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Violencia social y familiar - Violencia basada en género - Violencia sexual de género -Racismo - Discriminación - Alcohólico - Consumo de sustancias tóxicas. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisión documental (libros, informes, internet), si existen datos, sobre estos temas en referencia a las zonas de intervención. 2. Identificar a informantes calificados que nos puedan proporcionar información sobre estos temas, pueden ser maestros, religiosos, técnicos de otras instituciones como el MIES 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión documental - Entrevistas a informantes calificados - Grupos focales 	<ul style="list-style-type: none"> Información documental (Bibliotecas en línea, informes, páginas WEB) - Información de personas que conocen la comunidad /Recinto barrio, parroquia, etc. - Actores locales

	<p>Identificación de factores protectores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Redes de autoayuda o de apoyo - Organizaciones sociales 	<p>3. Seleccionar varios grupos de personas (hombres, mujeres, por grupos de edad, etc.) para realizar grupos focales de los temas que sean más fáciles de ser tratados en grupo.</p> <p>a) Hacer un inventario de estas organizaciones, si las hay.</p> <p>b) Propiciar la formación de este tipo de colectivos si la comunidad /recinto, barrio, parroquia lo requiere</p>	<p>- Preguntar sobre su existencia, conocer el lugar dónde funciona, entrevistarse con las/los líderes del colectivo.</p>	<p>- Actores comunitarios.</p>
3: Características económicas de la población (por sexo, edad, pertenencia étnica)	INFORMACIÓN BÁSICA A LEVANTAR	PASOS SUGERIDOS A SEGUIR	TÉCNICAS DE LEVANTAMIENTO	FUENTES DE INFORMACIÓN
<p>Ámbito: Hace referencia a las características económicas de la población y las características de la orientación productiva del territorio al nivel parroquial.</p>	<p>Información socioeconómica:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Población en edad de trabajar -Población económicamente activa -Población económicamente inactiva -Pobreza por consumo -Pobreza por NBI -Pobreza extrema por NBI -Matriz productiva del territorio -Perfil ocupacional, desempleo y subempleo -Distribución por sectores laborales: agrícola, industrial, servicios (primario, secundario, terciario) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar investigación en fuentes secundarias. INEC (censo, encuestas). SIISE. 2. Entrevistas a informantes claves 3. Breve análisis de situación económica de la población, situación de pobreza y grupos más afectados, principales actividades económicas del territorio, 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de fuentes documentales 	<ul style="list-style-type: none"> - INEC – Censo de población - SIISE - Información local - Bases de datos otros ministerios - Registro social del MCDS
4: Características del perfil educativo formal de la población (desagregado en sexo, edad, etnia)	INFORMACIÓN BÁSICA A LEVANTAR	PASOS SUGERIDOS A SEGUIR	TÉCNICAS DE LEVANTAMIENTO	FUENTES DE INFORMACIÓN
<p>Ámbito: Hace referencia a las características de la educación formal en la población. (desagregado en sexo, edad, etnia)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Analfabetismo -Analfabetismo funcional -Nivel de escolaridad - Deserción escolar - Integración de personas con discapacidad a educación regular -Número de establecimientos educativos por tipo, no. De alumnos y maestros/as en instituciones educativas y de los CBV Ubicación geográfica de las instituciones educativas y los CBV Condiciones de la infraestructura física, equipamiento, entorno ambiental de las instituciones educativas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar investigación en fuentes secundarias. INEC (censo). SIISE. 2. Realizar entrevistas a informantes claves 3. Recopilación y revisión de los diagnósticos de las instituciones educativas 4. Observación 	<ul style="list-style-type: none"> -Revisión documental -Entrevistas a informantes claves Observación 	<ul style="list-style-type: none"> - INEC – Censo de población - SIISE - Información local - Bases de datos otros ministerios - Estadísticas del Ministerio de Educación. - Diagnósticos – ficha escolar
5: Características del perfil de salud – enfermedad en la población (desagregado en sexo, edad, etnia)	INFORMACIÓN BÁSICA A LEVANTAR	PASOS SUGERIDOS A SEGUIR	TÉCNICAS DE LEVANTAMIENTO	FUENTES DE INFORMACIÓN

<p>Ámbito: hace referencia a las características del perfil de salud - enfermedad de la población, basadas en la información de los establecimientos de salud, en el perfil epidemiológico</p>	<p>Morbilidad: principales causas y tendencias Morbilidad general, materna e infantil, Morbilidad de notificación obligatoria Morbilidad crónico-degenerativa, Morbilidad dental Morbilidad por accidentes y violencia Morbilidad de adolescentes Morbilidad en grupos étnicos Problemas nutricionales: Desnutrición por grupos de edad, sexo, embarazadas y adultos mayores. Problemas de malnutrición</p> <p>Mortalidad por grupos edad, causas y tendencias Mortalidad general Mortalidad infantil Mortalidad materna</p> <p>Tasa de fecundidad Fertilidad Embarazo en adolescentes Acceso a métodos anticonceptivos: edad y sexo Personas con discapacidad</p> <p>Identificación de factores protectores: - Condiciones ambientales - Actividad deportiva - Prácticas alimentarias</p>	<p>1. Realizar investigación en fuentes secundarias. INEC (censo). SIISE.</p> <p>2. Revisión de documentos y estadísticas del MSP (de los establecimientos de salud y del sistema único de información del MSP)</p> <p>3. Realizar entrevistas a personas que puedan dar cuenta de prácticas alimentarias, costumbres de la comunidad, recinto, barrio o parroquia que se identifiquen como protectoras, como: práctica de deportes, manejo del ambiente, etc.</p> <p>4. También se pueden tratar estos temas en asambleas comunitarias o barriales.</p>	<p>- Revisión y procesamiento de información documental</p> <p>- Observación</p> <p>- Revisar datos de población mayor a 65 años de la parroquia</p> <p>- Entrevistas</p>	<p>- Bases de datos del MSP, EPI, - SIVEALERTA - RDACAA (Partes diarios) - Parte de extramurales - Registro Civil - INEC (Censo) - Actores comunitarios</p>
--	---	--	---	--

5.1: Oferta de servicios de salud – producción de unidades	INFORMACIÓN BÁSICA A LEVANTAR	PASOS SUGERIDOS A SEGUIR	TÉCNICAS DE LEVANTAMIENTO	FUENTES DE INFORMACIÓN
<p>Ámbito: Oferta y características del acceso a los servicios de salud</p>	<p>Identificación de establecimientos de salud, de acuerdo a la tipología de servicios públicos y privados, nivel de complejidad, cartera de servicios, talento humano (administrativo y profesional), ubicación geográfica, población de cobertura, tanto de medicina alopática como alternativa. Características del acceso Isocronía (tiempo: horas) Isometría (distancia: km) Se refiere a distancia y el tiempo de acceso de la comunidad de influencia al centro de salud más cercano Horarios de atención Georeferenciación y flujos de referencia-contrareferencia</p> <p>Referencias enviadas y contra referencias con seguimiento</p> <p>Número y tipo de ambulancias</p>	<p>1. Identificar los establecimientos de salud públicos del territorio por tipología (A, B, C), cartera de servicios, TH, población asignada.</p> <p>2. Mapa georeferenciado de establecimientos y flujos de referencia-contrareferencia</p> <p>3. Levantar información sobre consultorios, clínicas particulares tanto de medicina alopática como alternativa (cartera de servicios, TH, ubicación)</p> <p>4. Revisión de informes CUS Y otras veedurías, identificar los principales</p>	<p>Revisión documental y de registros del MSP. Sistema GEOSALUD</p> <p>- Informes y denuncias de los CUS.</p> <p>-Entrevistas a informantes claves</p>	<p>- Registros de los establecimientos de salud - Partes diarios - Sistema de Información del MSP - GEOSALUD</p>

	<p>Prestaciones en salud: de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación, establecimientos de salud pública y privada, cómo funciona la red de servicios de salud (principales indicadores de producción en el último año)</p> <p>Acceso a servicios de la medicina ancestral y alternativas: Agentes de medicina ancestral y alternativas – oferta de servicios de la medicina ancestral y alternativa Coordinación de los establecimientos de salud con servicios de medicina ancestral y alternativas</p> <p>Participación y ejercicio de derechos en salud -Participación en la gestión (planes locales de salud, seguimiento) Percepción de usuarios/as sobre los servicios de salud Existencia de comités de usuarios/as y funcionamiento Mecanismos implementados en los servicios para información a usuarios/as, denuncias y quejas Seguimiento</p> <p>Descripción de la implementación de otros programas o estrategias prioritarios de las instituciones públicas, ONGs, GADS,</p> <p>organizaciones comunitarias. (objetivo, acciones, población de cobertura, recursos)</p>	<p>problemas, las acciones y resultados.</p> <p>5. Revisar planificación anual de Establecimientos de salud, áreas, distritos en relación.</p> <p>5. Levantar información sobre los/las actores de salud ancestral (parteras Yachacs, sobadores, curanderos/as, etc.).</p>		
6. Vivienda, infraestructura básica y servicios (desagregado en sexo, edad, etnia)	<p>INFORMACIÓN BÁSICA A LEVANTAR</p>	<p>PASOS SUGERIDOS A SEGUIR</p>	<p>TÉCNICAS DE LEVANTAMIENTO</p>	<p>FUENTES DE INFORMACIÓN</p>
<p>Ámbito: Trata de la caracterización de la situación de vivienda y del acceso a la infraestructura y servicios básicos</p>	<p>Información infraestructura básica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tenencia de vivienda - Características de la vivienda - Déficit habitacional cuantitativo <p>Acceso a servicios de saneamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tipo de provisión de agua Agua potable, entubada, tanquero, pozo, etc. : (calidad) - Red de alcantarillado - Sistema de eliminación de excretas - Déficit de servicios residenciales básicos - Medios de eliminación de los desechos - # Personas con acceso a agua entubada <p>Información de acceso a otros servicios</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acceso a servicio eléctrico - Acceso a servicio telefónico - Acceso a internet - Disponibilidad de computadoras - Eliminación de desechos líquidos: planes, normas de manejo, - Eliminación de desechos sólidos: planes, normas de manejo, - Acceso, red pública 	<p>1. Revisión de documentación del INEC, SIISE, Registro Social Registros Catastrales, GADS</p> <p>2. Organización de la información.</p> <p>3. Análisis de la información</p>	<p>- Bases de datos del INEC, SIISE, Registro social, GADS</p>	<p>INEC - SIISE Bases de datos del MCDS - RS Bases de datos del MIES Otras fuentes de información planes de desarrollo municipales</p>
7. Protección social en la población	<p>INFORMACIÓN BÁSICA A LEVANTAR</p>	<p>PASOS SUGERIDOS A SEGUIR</p>	<p>TÉCNICAS DE LEVANTAMIENTO</p>	<p>FUENTES DE INFORMACIÓN</p>

<p>Ámbito: Características del acceso a la protección social en la población</p>	<p>Información:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Personas con cobertura de aseguramiento: Instituciones RPIS o RPC, -Programas y proyectos de protección social (bono de desarrollo, bono Joaquín Gallegos Lara, bono de discapacidad, bono de tercera edad) - Información de personas con discapacidad y cobertura de atención. <p>Análisis de Promoción</p> <ul style="list-style-type: none"> - Municipio Saludable: aplicación y resultado de las experiencias - Escuelas del Buen Vivir: avance y resultado de las experiencias - Eco clubes: avance y resultado de las experiencias - Auto cuidado y estilos de vida saludables: avances de la difusión y práctica - Educación para la salud: instrumentación y avances <p>Análisis de prevención</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programas prioritarios: numero, características, organización, cobertura y problemas - Programas prioritarios: impacto en la reducción de morbilidad y mortalidad - Programas prioritarios: satisfacción de usuarios y participación social - Factores de riesgo de grupos vulnerables: programas y resultados 	<ul style="list-style-type: none"> - Acceder a bases de datos del INEC, SIISE. Buscar información del Seguro Social general, campesino, ISPOL, ISSFA. - Buscar Información del MIES, Vicepresidencia de la República. - Acceder a la Información del Registro Social MCDS. - Levantar información con la misma población. - Investigar en las diferentes instituciones que manejan los programas y en el MSP 	<ul style="list-style-type: none"> -Revisión y procesamiento de información documental. -Entrevistas a informantes calificados 	<ul style="list-style-type: none"> - INEC - SIISE - Bases de datos del MCDS - RS - Bases de datos del MIES - Otras fuentes de información registro social - RDACAA
---	---	--	--	---

8. Participación social y articulación intersectorial	INFORMACIÓN BÁSICA A LEVANTAR	PASOS SUGERIDOS A SEGUIR	TÉCNICAS DE LEVANTAMIENTO	FUENTES DE INFORMACIÓN
<p>Ámbito: Información de las características de la participación social y de las interacciones institucionales</p>	<p>Información:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificación y análisis de actores institucionales y comunitarios/as - Identificar la existencia de comités locales de salud y de planes locales de salud previamente organizados. - Existencia de Proyectos relacionados con salud (institución – nombre del proyecto – enfoque – ubicación – tiempo de desarrollo). - Existencia de planes y políticas locales de los GADs (Juntas Parroquiales – Cantones) que contribuyen a fortalecer la política pública nacional de salud. Ejemplo: ordenanzas que favorecen la salud y el ambiente. • Análisis de la Participación Social 	<p>En general, (ubicar los intereses de los actores, instituciones públicas y privadas, ONGs, en relación a los problemas relacionados a la salud y sus determinantes)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Buscar información en las Establecimientos de salud 2. Investigar en comunidades, recintos, barrios, parroquias con dirigentes y autoridades sobre la existencia de comités de salud, su historia y actividades realizadas con el MSP y otras instituciones 3. Investigar en los GADs 4. Identificar otros actores que tengan proyectos relacionados a la salud o la modificación de condiciones que afectan la salud como producción <p>Identificar la existencia de:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Gremios y sindicatos, nivel de intervención e impacto - Asociaciones ciudadanas y grupos de auto cuidado - Comunidad: apropiación, gestión participativa - Organizaciones Indígenas - Organizaciones de personas con discapacidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Levantar información en establecimientos de salud - Entrevistas a dirigentes y autoridades locales - Mapeo de actores. - Revisión documental. - A través del mapeo de actores identificar instituciones y organismos que trabajen en la localidad en las temáticas relacionadas directa o indirectamente con la salud. 	<ul style="list-style-type: none"> - Información se primera mano - informantes de fuentes secundarias - Bases de datos instituciones - MAIS - GADs

3.2. SEGUNDA FASE: CONFORMACIÓN O FORTALECIMIENTO DEL COMITÉ LOCAL DE SALUD.

Uno de los aspectos fundamentales de la implementación del ASIS y sus diferentes fases es la dinamización de la participación ciudadana en los procesos de planificación, gestión y contraloría social.

En muchos casos ya están conformados los comités locales de salud y tienen experiencias muy positivas en su participación y coordinación con los establecimientos de salud, por lo que en esta fase se plantea realizar un análisis de la conformación, su funcionamiento, identificación de acciones para el fortalecimiento de la participación. En los casos en los que no están conformados, es importante, que se facilite y apoye su conformación, garantizando total autonomía.

¿Qué es el Comité Local de Salud?

El comité local de salud es una instancia de participación ciudadana conformada por representantes de las y los actores y organizaciones comunitarias elegidos de manera democrática y cuentan con el aval de la comunidad.

Para la conformación del CLS, se debe garantizar la alternancia, equidad en la representación de los actores y organizaciones sociales (género, cultural, étnica, y grupos de edad).

El CLS establece en consenso con sus integrantes la estructura, período de funciones y los mecanismos de su funcionamiento interno, así como la periodicidad de reuniones. Estas definiciones deben formalizarse en actas suscritas por sus miembros/as.

Elegir la directiva que puede estar conformada por un/a Coordinador, secretario/a, comisiones temáticas

El CLS generará informes para evidenciar una actuación transparente. La periodicidad de presentación del informe de gestión será de dos veces al año.

¿Qué funciones tiene el Comité Local de Salud?

- Participar en la elaboración del Diagnóstico Situacional, elaboración, implementación y seguimiento del Plan Local de Salud.
- Coordinar con los equipos de salud y participar en las actividades de promoción de la salud en la comunidad.
- Fortalecer y/o apoyar la constitución de organizaciones locales de salud como organizaciones juveniles, adultos mayores, comités de usuarios/as.
- Participar con representantes en la Asamblea Distrital o instancia distrital de salud y en las instancias de participación parroquial y/o cantonal. Las asambleas locales son parte de la organización para la participación ciudadana; estas asambleas se desarrollan en los diferentes espacios territoriales en torno a los gobiernos parroquiales, cantonales, provinciales. El

Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización (COOTAD) plantea que las asambleas son las máximas instancias de participación ciudadana.

- Incidir en los planes de desarrollo territorial (PDOTs) para la incorporación de los lineamientos del Plan Local y Distrital de Salud.
- Apoyar o dinamizar la coordinación y articulación intersectorial para incidir sobre el desarrollo local y el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

EL CLS establecerá mecanismos para recoger las sugerencias y aportes de los integrantes de la comunidad como asambleas, buzones de sugerencias, etc.

Pasos para la convocatoria a los CLS y/o su constitución:

Primer momento

- Elaboración del mapa de actores (anexo)
- Convocatoria a la comunidad y a los diferentes actores sociales (identificados en el mapeo de actores) en coordinación con líderes locales, garantizando la representatividad de los grupos, diversidades y líderes comunitarios
- Preparar la agenda y metodología del taller así como los aspectos logísticos (local, materiales, presentaciones)
- Presentación de los objetivos y funciones del Comité Local de Salud (CLS)
- En el caso de que ya está conformado el CLS, implementar una metodología, que permita analizar los avances, el funcionamiento, las dificultades, las fortalezas y las necesidades para su fortalecimiento (se puede implementar la herramienta FODA)
- Si no está conformado el CLS: apoyar su conformación, motivando la selección y designación de las personas, que pueden ser parte de esta instancia promoviendo la representación de los diferentes actores. Designar la directiva. Recoger, a través de mesas de trabajo las propuestas sobre la estructura y funcionamiento del Comité Local, así como las funciones.
- Elaborar el acta de constitución del CLS y una agenda de trabajo u hoja de ruta. (**Anexo 5:** Formato del acta de constitución del CLS)

Segundo momento

Implementar talleres o reuniones de sensibilización e información sobre la normativa legal de participación y salud, las políticas nacionales y el Modelo de Atención.

3.3 TERCERA FASE: SOCIALIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL, VALIDACIÓN Y ELABORACIÓN DEL PLAN LOCAL DE SALUD

En esta fase es fundamental el trabajo con la población. Para esto, se realiza una convocatoria ampliada para devolver y validar el Diagnóstico Situacional (DS) con la comunidad. Una vez desarrollado el DS, el equipo de salud, solicita a la directiva de la comunidad, población o al Comité Local de Salud constituido, que convoque a una reunión ampliada de socialización del DS dirigida especialmente a la ciudadanía. Además se invitará a los representantes de los demás actores sociales, que conforman la población, sean estas organizaciones, asociaciones, representantes de las instituciones públicas y privadas, entre otros.

Este paso de la socialización y validación del DS debe contener en su agenda (**Anexo 6:** Formato de agenda de la actividad para el desarrollo de la socialización del diagnóstico situacional, validación y elaboración del plan local de salud), como segundo punto, la conformación del Comité Local de Salud (CLS) en los sitios donde no esté conformado, o si está conformado revisar la actividad del mismo.

La función del CLS es impulsar la participación de la ciudadanía en las acciones encaminadas a mantener la salud, a modificar los determinantes de la salud y a efectuar acciones coordinadas con los equipos para intervenir en situaciones emergentes; esto conlleva desarrollar acciones de corresponsabilidad en la gestión de la salud. El CLS estará conformado por representantes de la comunidad o población, de organizaciones sociales, de los organismos del Estado con trabajo en el sector, GADs locales.

Con el DS que ha sido revisado y analizado, y en el contexto de esa convocatoria (**Anexo:** agenda tipo para esta parte del proceso) se identifica y prioriza los problemas de salud. Esta identificación de dichos problemas se hace de manera participativa entre la población y el equipo de salud en el que **se debe llegar a acuerdos** respecto a la definición de los problemas y las prioridades. Esta identificación de los problemas y prioridades es el insumo para la formulación del Plan Local de Salud como herramienta y respuesta concreta para enfrentar los problemas identificados, o también para potenciar aquellos factores, que pueden ayudar a mejorar la calidad de vida. Es importante, mencionar que en el medio o la comunidad puede encontrarse factores protectores de la salud que ayuden a potenciar la misma, por ejemplo, la misma organización social de las comunidades, los recursos naturales del entorno, la capacidad de personas con conocimientos en salud, la alimentación tradicional, el conocimiento de las plantas medicinales, etc.

La identificación de los problemas a partir del DS y la metodología para priorizar, los mismos se describen en detalle en el MAIS (MSP, MAI, 2013: 181-182) **(3)** y se sintetizan más abajo en la matriz para la priorización del problema.

En un segundo momento, luego de esta actividad de socialización, validación e identificación de prioridades, el CLS junto con el Equipo de Atención Integral de Salud (EAIS) se encargará de formular el Plan Local de Salud. El PLS, es una herramienta que permite programar de manera sistemática las intervenciones orientadas a mejorar la condición de vida de la población dando respuesta y proponiendo soluciones posibles a las demandas de salud.

La aplicación del PLS, demanda la integración de los diferentes actores sociales e institucionales en la solución de los problemas o demandas que se dan en el territorio. En el desarrollo del PLS no solo compromete la intervención de los actores que tienen competencia en la solución de los problemas identificados, por ejemplo: el de la infraestructura sanitaria que puede desarrollar el GAD, MIDUVI o alguna otra institución competente; sino interviene, también, el equipo de atención integral de salud con la responsabilidad de dinamización y apoyo al proceso.

En este sentido, el PLS cuenta con una planificación en la que se incorpora las actividades que dan respuesta a los problemas identificados y que tiene que ver con los actores sociales e institucionales del medio y se incluye, también, las actividades de los EAIS relacionados a solución de la problemática a partir de la cual se construye el PLS. Ejemplo, si se evidencia que la primera causa de enfermedad en determinado lugar son las EDAs, y que el análisis de DSS identifica la causa última la no disponibilidad de agua segura como consecuencia de contaminación de fuentes de agua, de no contar con la infraestructura adecuada y de no tener una planta de tratamiento o potabilización; entonces, sería tarea del CLS definir los contenidos del PLS en coordinación con los responsables técnicos y políticos del GAD local y agilizar la ejecución del PLS. Paralelamente, dentro del PLS se puede plantear la intervención de los EAIS para desarrollar acciones de prevención y promoción de la salud.

Directrices generales

La socialización del DS comprende la convocatoria a la población para informar de los resultados del DS. Dicha convocatoria debe realizarse, a través de las autoridades locales junto con los EAIS.

La convocatoria debe ser lo más amplia posible, tomando en cuenta a los diferentes sectores de la población.

Esta convocatoria debe comprender tres puntos principales: la información o socialización del DS, la identificación y priorización de problemas, y la conformación del Comité Local de Salud que serán los responsables de formular y ejecutar el PLS.

El CLS será el encargado de formular el PLS, y se elaborará a partir del DS que, como se recordará, es construido y validado con la población.

Los CLS deben tener el aval de la comunidad o población y ser elegidos democráticamente.

Tomar en cuenta el período para el que se prevé ejercer las funciones dentro de CLS; la alternancia, equidad en general y equidad de género en particular.

El CLS generará informes para evidenciar una actuación transparente. La periodicidad de presentación del informe de gestión será de dos veces al año.

EL CLS estará abierto a las sugerencias de la población.

Una vez realizada la socialización, se procederá conjuntamente con la población a identificar las prioridades

del territorio. Esto se lo hará en base a los siguientes criterios y al uso de una matriz de resumen de las prioridades:

3.3.1 PRIORIZACIÓN DEL PROBLEMA (MATRIZ)

Como se mencionó antes, la priorización se basa en la identificación de los problemas percibidos tanto por la

población como por los EAIS, y son aquellos aspectos que impactan en la salud de la población. Estos problemas bien pueden relacionarse con el perfil epidemiológico del medio o responder directamente a ese perfil. En ambos casos, lo importante es que se entienda la relación de causalidad entre el problema (determinantes sociales de la salud), el perfil y los contenidos del PLS.

Problema	Magnitud	Frecuencia	Gravedad	Factibilidad	Valor Total
Recurrencia de morbilidad por EDAs					
DSS - Mala calidad de agua en Imantag	3	3	3	2	11
Violencia social (conflicto entre pandillas) en las comunidad de la parroquia de Imantag	3	2	3	2	10

Valoración: 1.Baja. 2. Media. 3. Alta

En la matriz que se llena a partir del análisis de los EAIS – Población, consta la definición clara de los problemas que hacen parte de la realidad local. Junto con la definición del problema es importante hacer un ejercicio de valoración de éstos para determinar el peso o incidencia que tienen en el medio, y por lo tanto para priorizar a los mismos.

El problema hace referencia a aquellas condiciones, hechos o circunstancias que en el caso de salud, dificulta la calidad de vida y se constituyen en problemas explícitos, que son visibles como por ejemplo, viviendas cerca de un vertedero de desechos que provocan diferentes enfermedades o implícitos, que no siempre se evidencian como la violencia social en determinado población.

La priorización de los problemas, a su vez, se basa en la revisión de algunos criterios clave que son definidos en el Manual del MAIS-FCI:

- **La magnitud:** hace referencia a la cantidad de personas que están afectadas por el problema identificado. Por ejemplo: el tamaño de la población afectada por la cercanía del vertedero de desechos y que tiene repercusiones directas.
- **La frecuencia:** es las veces que se repite o presenta el problema; es decir, tiene relación con la recurrencia del problema.
- **La gravedad:** es la valoración de cuánto afecta o compromete el problema determinado o definido a la salud de la población.
- **La factibilidad:** son las condiciones políticas, socioculturales y administrativas organizativas que influyen en la resolución del problema.

Para determinar una priorización objetiva, hay que hacer una evaluación de los criterios. Esa evaluación se la aplica reflexionando, precisamente, sobre los problemas, la magnitud de los mismos, la frecuencia con la que se presentan en el medio, la gravedad de éstos en relación con la salud de la población, y se hace un ejercicio de revisión de la factibilidad respecto a la solución que se puede dar.

Esto requiere un ejercicio de cuantificación del problema, basada en el uso de una escala de valor para dimensionar el mismo y llegar a una priorización, en lo posible, objetiva. La escala de valor hace referencia a: 1 como un valor bajo, 2 como un valor medio y 3 como un valor alto, y se aplica en perspectiva del problema, tal como se presenta en el ejemplo que se pone en la tabla de arriba.

En base a la escala indicada, se hace una sumatoria y se obtiene la prioridad, y por lo tanto, el resultado de esa sumatoria es la selección de los problemas, que deben ser tratados con prioridad en el PLS y resueltos según la dimensión y complejidad de los mismos. Hay problemas de salud asociados, por ejemplo, a la infraestructura que posiblemente tome un tiempo considerable y otros que pueden ser resueltos en corto plazo.

3.3.2. ELABORACIÓN DEL PLAN LOCAL DE SALUD

El Plan Local de Salud es una herramienta técnica que tomando en cuenta la perspectiva de la población, los actores sociales y los equipos de atención integral de salud, permite formular participativamente una suerte de hoja de ruta, que da respuesta y se plantea soluciones viables a los problemas de salud que se han identificado en el contexto del DS. La priorización responde a los principales problemas -sociales- que impactan la salud y la calidad de vida de la población.

El PLS contendrá la planificación en relación con la priorización de los problemas identificados con la población. El alcance del mismo dependerá de la problemática a resolver o de la magnitud de ésta. El Plan debe ser bien dimensionado (de acuerdo a las posibilidades reales de solución en lo local), contar con el apoyo y los recursos necesarios para que el mismo se concrete.

Los PLS deben construirse o dar continuidad al proceso de manera permanente en la medida que se cierra un problema y se atiende uno nuevo o de diferente prioridad. El proceso continúa hasta alcanzar las comunidades y distritos del Buen Vivir.

Directrices Generales:

Los equipos de salud facilitarán la información sistematizada del DS y aquellos datos asociados a los problemas de salud (por ejemplo, perfil epidemiológico del territorio, información general sobre el problema de salud, identificación de las relaciones causales con la enfermedad, apoyo técnico, etc.) que son elementos a tomar en cuenta para la formulación del PLS.

Colaborar en lo que requiera el CLS para la formulación del PLS, que pueden ser los datos, el espacio físico, convocatorias, u otras acciones de apoyo desde los equipos de salud.

Tomar en cuenta como una directriz adicional los elementos que debe tener un buen plan de salud y que se resumen en la descripción de los pasos.

Los pasos para la formulación del PLS.

La convocatoria a los miembros del CLS por parte de la secretaria del Comité con la agenda establecida para el desarrollo del PLS.

Revisión de los datos del DS y especialmente de los problemas y prioridades identificados.

Verificación del mapa de actores y de quienes intervienen directa o indirectamente en el problema identificado y en la solución

Elaboración del PLS en base a los siguientes pasos:

- La definición clara y concisa del problema y de lo que se quiere transformar,
- La descripción del problema que motiva la realización del plan,
- Un argumento corto y consistente de justificación basado en datos o información concreta que proporciona el DS, en relación con el problema que requiere la intervención,
- La definición de un objetivo general de intervención,
- La definición de objetivo (s) específico (s) de la intervención,
- Las líneas de acción hace referencia a la identificación de las acciones centrales que espera cubrir el plan, por ejemplo, el fortalecimiento de los procesos participativos en salud, la atención a las líneas de acción de promoción de la salud (espacios saludables, hábitos saludables individuales y colectivos), fortalecimiento institucional, dotación de servicios básicos, calidad del agua, intervención en problemas sociales, infraestructura sanitaria, etc. Las líneas de acción se enmarcan en la identificación de los aspectos centrales a ser atendidos con la intervención, a través del PLS
- Los criterios rectores que guían el plan se basa en los principios que debe contemplar la intervención, por ejemplo, disminución de las desigualdades, derechos, acceso a los servicios de salud, calidad de los servicios, atención a los criterios socioculturales de la intervención, etc. Estos criterios, en suma, hacen referencia a los principios y valores con los que se aplicará el PLS. Este aspecto es importante para entender el contexto social de las intervenciones.
- Los elementos operativos del plan (matriz).

A su vez, estos elementos pueden constituirse en una especie de índice del documento llamado PLS y que es con el que se va a gestionar las acciones.

Los elementos operativos básicos del PLS pueden resumirse en la siguiente matriz:

Problema -Eje temático del plan-	Solución (¿Qué vamos a hacer?)	¿Con quiénes? (actores e instituciones)	Actividades	Recursos	Tiempos	Responsables

Esta matriz se adjunta al PLS como un plan específico de trabajo con los actores involucrados, donde se reflejan los compromisos. Esto puede ser respaldado con actas de verificación de cumplimiento. En principio, el PLS y los compromisos permiten pasar de los enunciados y caracterización del problema, a la acción concreta.

El desarrollo del PLS requiere la activación de la participación social en sus distintas formas y entre ellas, la reactivación de los Comités Locales de Salud, en el caso que se hayan desactivado o no estén conformados.

Una vez definido el PLS, el Comité Local de Salud tienen como rol implementar dicho Plan tomando en cuenta la posibilidad de articulación con los GADs y los actores relacionados directamente al problema, e incidiendo (según sea el caso), como estrategia, activamente en los Planes de Desarrollo y Ordenamiento Territorial para que en esos instrumentos de planificación y ejecución de acciones se tome de manera mandatoria para resolver los problemas de salud, o afirmar los factores que protegen la salud, su articulación con el desarrollo sustentable, la construcción de espacios sociales y físicos saludables, es decir, en la creación de condiciones para el Buen Vivir o Sumak Kawsay.

En resumen, el PLS como herramienta de planificación implica:

“...el camino que nos ayuda a modificar la realidad en función de la superación de problemas y/o potenciación de procesos protectores de la salud. Es construir escenarios futuros (que queremos lograr) a partir del análisis de la realidad actual, identificando problemas, necesidades, potencialidades, caminos (estrategias) y acciones que nos permitan alcanzar ese escenario futuro (mirar el presente desde el futuro)” (4)

3.4. CUARTA FASE: IMPLEMENTACIÓN, ACOMPAÑAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL PLAN LOCAL DE SALUD

Una vez definido el PLS, se implementa con la intervención directa de los actores sociales, el Comité Local de Salud, los equipos de salud y las instituciones estatales, como privadas, etc. que se comprometen en el PLS a desarrollar actividades que favorecen la salud de la población.

La implementación del PLS requiere de un proceso sostenido de ejecución para que el mismo se pueda concretar. En esta fase, es importante tomar en cuenta las necesidades que se presenta en la implementación, pero también los logros y avances en la gestión del Plan. El seguimiento al proceso es muy importante porque permite verificar el cumplimiento del PLS, los tiempos establecidos, y en general los compromisos concretados o en los que tengan dificultades.

Vale recordar que el Comité Local de Salud lleva adelante el PLS en coordinación con los equipos de salud. El acompañamiento al proceso se lo hace a diferentes niveles; por una parte, el equipo designado del establecimiento de salud con apoyo de la Dirección Distrital a través de los responsables de la Unidad Distrital de Promoción de la Salud y de Provisión de Servicios.

Las actividades planificadas e implementadas tendrán el seguimiento de la población, a través del Comité de Salud Local y de otras iniciativas que desarrolle la población (veedurías específicas).

Directrices Generales

La implementación y seguimiento del PLS es responsabilidad del CLS y de los equipos locales de salud, así como la coordinación con los otros actores involucrados en la ejecución de las actividades planificadas (instituciones, organizaciones, personas)

El CLS establece la periodicidad de seguimiento del cumplimiento del PLS (trimestral, semestral) dependiendo de las necesidades locales y elabora informes de seguimiento.

Cada establecimiento de salud de Atención de Primer Nivel (A-B-C), debe tener un respaldo físico y digital de Plan Local de Salud, así como una herramienta de seguimiento.

El equipo de salud debe apoyar al seguimiento y evaluación de la aplicación del PLS.

- Mantener informado de la aplicación del PLS a los responsables distritales.

En el Distrito, se deben revisar los planes y establecer el mecanismo de seguimiento y acompañamiento al proceso en lo local.

Verificar el cumplimiento del PLS, a través de una lista de chequeo que contemple: las actividades desarrolladas, el tiempo, los compromisos cumplidos o incumplidos y revisión de los mecanismos de verificación que pueden ser, por ejemplo, la asignación de presupuesto, la inclusión en los Planes de Desarrollo y Ordenamiento Territoriales (PDOTs), la constatación de avance de obras, registros varios (entrevistas, fotografías, etc), es decir, lo que permita evidenciar los avances y el cumplimiento del plan.

Esta verificación del avance de cumplimiento del PLS, se debe comunicar a la Dirección del Establecimiento y a los responsables de la Dirección Distrital. La periodicidad del reporte, se establecerá a partir de los tiempos establecidos para cada actividad en el PLS.

A partir de estos datos se hará un pequeño informe (conciso) de avance de la aplicación del PLS. En el caso de que el PLS no se esté cumpliendo se debe promover una reunión con los miembros del CLS, para plantear soluciones a los problemas presentados. Cada seis meses, se debe promover que el CLS rinda cuentas de la ejecución del PLS.

3.5 QUINTA FASE: ACTUALIZACIÓN EN BASE AL DIAGNÓSTICO DINÁMICO EN EL CONTEXTO DE LA SALA SITUACIONAL

En el DS, se genera la información de base que debe ser actualizada de manera sistemática y permanente con información relevante y útil para la gestión social de la salud.

Esta continuidad es necesaria por varias razones:

La **primera** porque las condiciones sociales y el contexto de salud varían constantemente a lo largo del tiempo, y es una condición propia de la dinámica social.

La **segunda**, ya que es necesario observar y medir los cambios que se producen a lo largo del tiempo, pero también porque es necesario observar los cambios que se generan con la aplicación del PLS, igualmente, de manera periódica.

La **tercera** puesto que es importante que para dar continuidad, sea una herramienta de uso obligatorio para el nuevo personal de salud.

NOTA DIRECTRIZ: los profesionales de la salud rurales tienen la obligación de elaborar el plan al inicio del año y de transferir toda la información a los profesionales que ingresan. Esto implica hacer una transición organizada entre los rurales que concluyen su período y los que inician el año rural.

3.5.1 ACTUALIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DINÁMICO EN EL CONTEXTO DE LA SALA SITUACIONAL

Dentro del marco de acción que se desarrolla en el Primer Nivel de Atención en Salud está, obviamente, enfocado también en el interés de actualizar la información del perfil epidemiológico local y las condiciones sociales de la población.

Como puede entenderse, al actualizar la información se verán los cambios en la salud de la comunidad, pero también sirve para dar respuesta a los problemas de salud que tuvieron distinta prioridad y que no pudieron ser abordados por los anteriores EAIS, o aquellos temas que requieren ser complementados o fortalecidos, considerando que los planes no solo se enfocan en los problemas sino y también en las potencialidades o en aquellos factores que favorecen la salud de la población.

La actualización del DS se da, a través de la herramienta del Diagnóstico Dinámico (MAIS), y pretende también afinar la información para identificar con más precisión las condiciones de riesgos en personas, familias y comunidad o población.

Los EAIS pueden tomar información de las fichas familiares y de las bases que proporcionará en el corto plazo el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, a partir del Registro Social que se aplica en el país, y que queda como una base de datos importante para ser usada.

La información que se actualiza periódicamente será trabajada por los EAIS con la participación de los actores sociales de la población, y se analizará en el contexto de la Sala Situacional (MAIS), siempre con la intervención de los actores sociales locales, para lo cual se debe trabajar con los recursos de información que se hayan obtenido del diagnóstico dinámico.

En la sala situacional se difunde y analiza esa información que debe ser lo más concreta e ilustrativa posible para la comprensión de los actores que intervienen.

Respecto al uso de la sala situacional el Modelo plantea que el hablar de situación de la salud en este espacio, no se restringe únicamente a las situaciones que hacen referencia al daño o a los problemas estrictamente de enfermedades,

sino también se aborda la información, como las mismas determinantes sociales de la salud e incluso el análisis de formulación de políticas locales que tienen relación con el contexto de la salud, pues esto contribuye a enfocar las decisiones, las estrategias y la actuación.

En el Modelo se aborda con más detenimiento los alcances del diagnóstico situacional (Para ampliar la información del diagnóstico situacional se puede consultar en el Manual del MAIS-FCI en las páginas 172-180) pero es importante resaltar la finalidad que se establece para este instrumento que se plantea como un medio para la gestión institucional, la negociación política, la identificación de necesidades, la movilización de recursos, el monitoreo y evaluación de las intervenciones.

3.5.2 PROCESO DE TRANSFERENCIA DE INFORMACIÓN EN EL EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

Este aspecto es importante en la medida que el proceso requiere continuidad y es necesario que los profesionales de la salud que están realizando la rural tengan acceso a un conocimiento amplio del medio donde van a desarrollar su actividad.

Esto requiere una comprensión a profundidad y detallada del medio, así como un trabajo colaborativo estrecho con la población y los diferentes actores sociales.

El ASIS con sus diferentes productos que constan en este instructivo, deben ser construidos por los EAIS durante el período de trabajo en el territorio asignado, y posteriormente tendrán la responsabilidad de socializar con el nuevo equipo, lo que significa que se debe establecer un tiempo para realizar una actividad de traspaso de la información, y se transmita la experiencia adquirida por el equipo saliente con el nuevo equipo para que este conocimiento adquirido en el trabajo sea aprovechado por los miembros del nuevo equipo.

Directrices para la transición entre equipos

Los miembros del equipo que realiza la rural, previo a su culminación deben presentar toda la información que comprende el desarrollo del ASIS y su actividad en el territorio, que incluye: Diagnóstico Situacional, priorización de los problemas en el período en que desarrollaron la rural, información del Comité Local de Salud, el Plan Local de Salud formulado en ese período, informes de los procesos de seguimiento y acompañamiento del PLS, resultados obtenidos. En todos los casos en que haya movimiento de los miembros del equipo de atención integral de salud rurales o de contrato tienen la obligación de transferir la información para dar continuidad al proceso.

Si el DS amerita que deba ser complementado con otra información que al momento de realizar el mismo no pudo ser obtenida (justificando plenamente la razón de ese vacío de información en el DS), debe informar e indicar específicamente los datos faltantes requeridos para que el DS pueda ser completado.

El objetivo es contar con un diagnóstico completo y pormenorizado del territorio, donde se aplica el proceso del ASIS en sus diferentes fases.

Es responsabilidad de la Coordinador Zonal y de la Dirección Distrital, generar la programación adecuada para que se dé el traspaso del proceso y la información entre los equipos de salud. Del cumplimiento del conjunto del proceso del ASIS, de la entrega del documento del ASIS – Diagnóstico Situacional y del traspaso de información dependerá que se certifique la conclusión del año rural.

3.5.3 EVALUACIÓN Y MONITOREO DEL PROCESO

La Dirección del establecimiento de salud, asignará a una persona que se haga cargo de recopilar los informes, revisar el cumplimiento de la programación establecida y apoyar en la búsqueda de soluciones frente a las dificultades que ha presentado el CLS.

Al culminar el año de trabajo (en condición de rural o no) se presentará un informe final en el que se incorporen todas las actividades realizadas, los instrumentos utilizados, la incorporación de nuevas propuestas metodológicas de haberlas, y una evaluación que dé cuenta de los avances del proceso y de los pendientes.

ABREVIATURAS

ASIS:	Análisis Situacional Integral de Salud
APS:	Atención Primaria de Salud
CLS:	Comité Local de Salud
DS:	Diagnóstico Situacional:
EAIS:	Equipo de Atención Integral de Salud
GEOSALUD:	Sistema de información geográfica del Ministerio de Salud Pública
GADS:	Gobierno Autónomo Descentralizado
INEC:	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
ISSPOL:	Instituto de Seguridad Social de la Policía
ISSFA:	Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas
MAIS:	Modelo de Atención Integral de Salud
MIES:	Ministerio de Inclusión Económica y Social
MIDUVI:	Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda
MCDS:	Ministerio Coordinador de Desarrollo Social
MCDS – RS:	Ministerio Coordinador de Desarrollo Social – Registro Social

RDAACA:	Registro Diario Automatizado de Consultas y Atención Ambulatoria (parte diario)
RPIS:	Red Pública Integral de Salud
RPC:	Red Privada Complementaria
PDOTS:	Planes de Desarrollo y Ordenamiento Territorial
PLS:	Plan Local de Salud
PNBV:	Plan Nacional de Buen Vivir
SIISE:	Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador

GLOSARIO

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 son actores sociales relacionados 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.

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.

La construcción del ASIS tienen varios propósitos, y entre uno de los principales está la dinamización de procesos sociales, información que los componentes técnicos y políticos requieren para la conducción, gerencia y toma de decisiones en salud. Estos propósitos pueden verse en diferentes aspectos:

- El desarrollo de mecanismos de participación en procesos de construcción social.
- La caracterización de la situación de salud de la población y el análisis de los determinantes sociales de la salud.
- La definición de problemas y prioridades de la población, así como la verificación del cumplimiento de las políticas públicas en salud.

- La formulación de estrategias de promoción de la salud, prevención y control del daño a la salud, así como de los factores protectores de la salud.
- La construcción de escenarios prospectivos, ya que se puede apreciar las tendencias, evolución de los problemas o de la resolución de los mismos.

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.

Buen Vivir: o “sumak kausay” hace referencia a la vida plena e íntegra, 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.

Calidad de vida: *La vida digna requiere acceso universal y permanente a bienes superiores, así como la promoción del ambiente adecuado para alcanzar las metas personales y colectivas. La calidad de vida empieza por el ejercicio pleno de los derechos del Buen Vivir: agua, alimentación, salud, educación y vivienda, como prerequisite para lograr las condiciones y el fortalecimiento de capacidades y potencialidades individuales y sociales. La Constitución, en el artículo 66, establece “el derecho a una vida digna, que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, vivienda, saneamiento ambiental, educación, trabajo, empleo, descanso y ocio, cultura física, vestido, seguridad social y otros servicios sociales necesarios”. Por ello, mejorar la calidad de vida de la población es un proceso multidimensional y complejo.*

Entre los derechos para mejorar la calidad de vida se incluyen el acceso al agua y a la alimentación (art. 12), a vivir en un ambiente sano (art. 14), a un hábitat seguro y saludable, a una vivienda digna con independencia de la situación social y económica (art. 30), al ejercicio del derecho a la ciudad (art. 31) y a la salud (art.32). La calidad de vida se enmarca en el régimen del Buen Vivir, establecido en la Constitución, dentro del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social (art. 340), para la garantía de servicios sociales de calidad en los ámbitos de salud, cultura física y tiempo libre, hábitat y vivienda, transporte y gestión de riesgos.(SENPLADES).

Construcción Social: es el proceso social que aporta cambios a la sociedad, a través de la movilización social, y la participación social. Una construcción social son, por ejemplo: las redes sociales, los procesos de participación, las respuestas sociales frente a diferentes demandas o situaciones que afectan al contexto social y que generan pautas de comportamiento, identidades, asociaciones, etc.

Determinantes Sociales de la Salud: Las Determinantes Sociales de la Salud hacen referencia al “conjunto de variables que tienen el potencial para generar protección o daño, es decir, son las condiciones que determinan la salud.

Son -también- el conjunto de factores complejos que al actuar de manera combinada determinan los niveles de salud de los individuos y comunidades” (MSP, MAIS, 2013: 40) (5).

“Los determinantes sociales de la salud son, también, las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria” (6).

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.

Factores de riesgo: en la OMS, por contraste, hay una definición de los factores de riesgo y éstos, conceptualmente, son el contrario de los factores protectores. Los factores de riesgo se definen como “cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo -grupos de personas- que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión” (7), y dan algunos ejemplos de factores de riesgo el consumo del tabaco y alcohol, las prácticas sexuales de riesgo, el agua insalubre, las deficiencias de saneamiento, la falta de higiene, entre otros factores.

Fichas familiares: es 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 amerita una atención obligatoria y de cuidado especial como son las y 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. Esta ficha se relaciona con el MAIS con la idea de la medicina familiar, que es a donde apunta el modelo y con la idea de dispensarización. La información que se registra en la ficha es también, como una historia clínica ampliada de la familia, y fuente de información para alimentar el diagnóstico dinámico.

Fuentes documentales: son las fuentes de consulta e información que se basa en documentos producidos (publicados o no) y que tienen información relevante para lo que se quiere comprender.

Indicadores sociales: indicador: elemento que sirve para identificar o medir algo; el indicador social hace referencia a una medida de resumen, que evidencia ciertas características de contenido social, por ejemplo: un indicador social puede ser el porcentaje de la población en situación de pobreza.

Variables sociales: condición, propiedad, característica, atributo que cambia en el tiempo. Puede haber diferentes tipos de variable. En lo social, las variables son aquellas características o condiciones que están sujetas al cambio, por ejemplo, el tamaño de la población, según el sexo puede modificarse en el tiempo, más hombres que mujeres en una población o más mujeres que hombres.

Participación social: “Se entiende por participación social a aquellas iniciativas sociales en las que las personas toman parte consciente en un espacio, posicionándose y sumándose a ciertos grupos para llevar a cabo determinadas causas que dependen para su realización en la práctica, del manejo de estructuras sociales de poder. La participación se entiende hoy como una posibilidad de configuración de nuevos espacios sociales o como la inclusión de actores sociales en los movimientos sociales, en organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, o como la presencia en la esfera pública para reclamar situaciones o demandar cambios” (8).

Procesos sociales: son procesos que tienen su base en lo social, es decir, en el accionar de las personas en función de intereses, metas, u objetivos. Los procesos sociales contribuyen al cambio social. En los procesos sociales se organizan sistemas de pensamiento.

Pobreza por necesidades básicas insatisfechas: Número de personas que viven en condiciones de "pobreza", expresados como porcentaje del total de la población en un determinado año. Se considera "pobre" a una persona si pertenece a un hogar que presenta carencias persistentes en la satisfacción de sus necesidades básicas incluyendo: vivienda, salud, educación y empleo (SIISE)

Violencia de género: Cualquier situación de violencia o agresión física, verbal, sexual o psicológica contra las mujeres que tiene base en las relaciones desiguales de poder, tanto si ocurren en el ámbito público como en la vida familiar o privada. Las violencias de género se presentan en todas las clases sociales, en las familias ricas y pobres, amas de casa, profesionales en todos los países y en todas las culturas. Está considerada, por su frecuencia y magnitud, como un problema social; y, por su consecuencia en la vida de las mujeres, como un problema de salud pública. Mientras que para economistas y sectores teóricos del desarrollo, como un obstáculo para el desarrollo.

ANEXOS

ANEXO 1: HERRAMIENTAS SOCIALES PARA EL DESARROLLO DE LA PARTICIPACIÓN E INVESTIGACIÓN CON LA COMUNIDAD.

1.1 Árbol de Problemas

El árbol de problemas es una técnica social, que nos permite profundizar en la comprensión de un problema o problemática dada. Muchas veces la falta de comprensión de los problemas en sus causas reales limita la resolución de los mismos. En el árbol de problemas no solo se visualiza o concentra en la “raíz” del problema sino en las relaciones de causa-efecto que se derivan de los problemas.

Esta técnica ayuda a la comunidad y los miembros de los EAIS a entender mejor la problemática, y “distinguir entre causas – efectos. A pesar de ser relativamente complejo, se puede llegar a definir las causas principales de los principales problemas”. El ejercicio puede desarrollarse entre 1 a 3 horas según la complejidad del problema. En esta identificación es recomendable que participen actores con conocimiento relativo del problema. El árbol de problemas se desarrolla en siete pasos como lo plantea Geilfus (2002) (9):

- Paso 1:** se retoma la identificación de los problemas, enunciándolos por separado
- Paso 2:** se explica a los participantes que se busca identificar los problemas, sus causas y relaciones, dando un ejemplo sencillo.
- Paso 3:** se pide a los participantes que revisen los problemas y se cercioren si otros problemas no son las causas de otros problemas ubicados en el centro. En este caso, las causas se las separa del problema que se identifica como central. Se hace una discusión o lluvia de ideas de las causas y del problema central (este debe estar claramente identificado y definido).
- Paso 4:** repetir el ejercicio anterior, para identificar otros problemas que podrían ser “consecuencia” de problemas ya colocados.
- Paso 5:** revisar todas las tarjetas que no han podido ser ubicadas, para ver si no tienen ninguna relación con ninguna de las tarjetas ya colocadas.
- Paso 6:** al finalizar el ejercicio se obtiene uno o más “árboles” de problema; de éstos hay que determinar un problema central del cual se derivan todos los demás.
- Paso 7:** Pedir a los participantes su opinión sobre el ejercicio; anotar y entregar los resultados a los participantes del ejercicio.

En el uso de esta herramienta para identificar los problemas centrales, es importante, recalcar la necesidad de diferenciar claramente los problemas y las causas: ejemplo, el problema: escasez de agua en la comunidad de La Mocora; las causas: deforestación, conversión de bosques para pasto, contaminación de fuentes de agua, disminución de áreas de páramo, cambio climático.

En salud, el problema: embarazos no deseados en adolescentes; las causas: iniciación temprana de la vida sexual, falta de información en el núcleo familiar, poca confianza para hablar de temas sexuales, desinformación de temas sexuales por la exposición a otras fuentes no calificadas de información, cambios en la concepción de los jóvenes respecto al sexo, estimulación de la vida sexual en los medios de comunicación.

En el MAIS, se proporciona algunos parámetros para la “identificación de las necesidades y problemas de la población” bajo la forma de demanda. Para reforzar esta parte se puede consultar en el MAIS las páginas 145-147.

El trazado del árbol de problemas se puede hacer a través de la representación de un árbol con sus raíces, troncos y ramificaciones o, a través de un esquema o diagrama donde se conecta el problema central con las causas/efectos.

En la parte media del esquema se ubica el “problema central”, en la parte superior los efectos de ese problema, y en la parte inferior las causas.

1.2 Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas (FODA)

Es una herramienta cualitativa para facilitar la creación de estrategias y búsqueda de nuevo servicios. Se elabora una lista de factores existentes tanto fuera como dentro de una organización, comunidad, barrio, parroquia, etc. que influyen en su funcionamiento.

a. Fuera de la organización amenazas y oportunidades:

Cualquier institución, organización, comunidad, etc. funciona dentro de una serie de ambientes, por ejemplo, marcos legales, políticos, tecnológicos. Estas situaciones influyen en la ejecución de las actividades. Estos factores de fuera pueden reforzar o amenazar el cumplimiento de las actividades, a pesar de no tener poder sobre ellos, es importante identificarlos para:

- Anticipar consecuencias de las posibles amenazas.
- Aprovechar las oportunidades que se presentan

b. Dentro de la organización fortalezas y debilidades

Cada organización, comunidad, barrio, etc. tienen sus propias fuerzas y debilidades que están bajo su control directo.

El análisis de FODA permite crear un esquema de análisis de la situación de la comunidad o de aspectos relacionados con la vida social, los contextos de salud o ambientales de la comunidad / población en base a la perspectiva de los mismos actores sociales; también se puede desarrollar el FODA en relación con las alternativas a problemas identificados. Veamos los elementos de desarrollo del FODA desde esa perspectiva:

Fortalezas: ¿cuáles son las ventajas que presenta esta solución como tal?

Oportunidades: ¿cuáles son los elementos que pueden influir positivamente en el tema planteado?

Debilidades: ¿qué elementos negativo, debilidad o desventajas se dan en relación al tema?

Amenazas: ¿cuáles son los elementos que pueden influir negativamente en el tema planteado?

El análisis de esas cuatro dimensiones permite “identificar, analizar, comparar y visualizar las alternativas de solución” a los problemas, pero también hacer un balance de posibilidades para actuar tomando en cuenta las condiciones negativas y positivas, tomando en cuenta que las fortalezas y debilidades son, por lo regular, internas, y las amenazas y oportunidades externas. A continuación se desarrolla un ejemplo del FODA con el caso de la parroquia Imantag en lo que tiene que ver con la violencia social y la formación de las pandillas de cara a la intervención.

	Negativas Factores de riesgo	Positivas Factores de éxito
Circunstancias Internas	<p>DEBILIDADES Poco conocimiento de la dinámica de formación de las pandillas juveniles en el contexto rural y de la relación con la violencia social.</p> <p>Personal de salud no especializado en el tema.</p>	<p>FORTALEZAS Entorno intersectorial del cantonal favorable para abordar el tema.</p> <p>Líderes comunitarios jóvenes.</p> <p>MSP especialistas en Promoción de la Salud.</p>
Circunstancias externas	<p>AMENAZAS Conflictos entre comunidades por la formación de territorios en pandillas</p> <p>Persistencia de las condiciones que favorecen el surgimiento de las pandillas y la violencia.</p>	<p>OPORTUNIDADES Existencia de organizaciones juveniles.</p> <p>Predisposición de autoridades locales y de otros sectores.</p> <p>Potenciales económicos del medio.</p>

1.3. Herramientas de investigación cualitativas

La aplicación de metodologías cualitativas facilitaran a los EAIS la recopilación de datos que les permita tener una

descripción detallada de la población a ellos asignada; como se menciona en el instructivo del ASIS, la información que requieren recoger los equipos de salud integral, incluye información sobre la geografía, datos poblacionales,

económicos, de producción, etc., datos que se los encuentra en las estadísticas nacionales (INEC-SIISE), pero que se completan y contrastan con los datos obtenidos de manera directa, a través de la aplicación de técnicas cualitativas de levantamiento de información y análisis.

Cabe anotar que el trabajo con la comunidad requiere de los equipos el desarrollo o fortalecimiento de ciertas actitudes y destrezas que permitan una vinculación adecuada con la población, entre ellas:

- Tener una actitud abierta, con disponibilidad a aprender de la gente y la comunidad, esto implica el reconocimiento que el conocimiento y la sabiduría se encuentra en todas las personas y no exclusivamente en las aulas de las universidades.
- Observar y escuchar atentamente a las personas, dándoles la importancia que merecen y demostrando el respeto y consideración debida.
- No romper la cotidianidad de la población, es importante, aprender lo más pronto posible los códigos culturales de la población, se puede investigar antes de llegar, comportamientos ajenos a lo socialmente establecido provoca la desconfianza de las personas y poca colaboración con el trabajo, cuando no rechazo, por ejemplo: en ciertas comunidades rurales, la relación de amistad cercana entre hombres y mujeres no es bien vista, más aún si no son parte de la comunidad.
- Conocer los códigos culturales, no significa intentar adoptar la cultura local, porque puede ser interpretado como un comportamiento falso, resultando en incomodidad y rechazo por parte de la población; lo importante es tener una actitud sencilla y de respeto a la comunidad.
- Un aspecto muy importante es la identificación de los actores locales, que se lo hace, a través del mapeo de actores que se encuentra descrito en el manual del MAIS, esto no solo nos ayuda a identificar los intereses de los diferentes grupos sino también a saber cuáles son opositores entre sí.

Se debe tener mucho cuidado de mantener un trato similar con todos, para que no se genere la idea de que el equipo de atención, prefiere a tal o cual persona, es decir, a algún determinado poder local, lo que significaría el rechazo de los contrarios; por ejemplo: entrevistar solo al hacendado local puede hacer pensar que el equipo de salud su aliado en las disputas locales, además que generaría una versión parcializada de la realidad del sector.

- Antes de llegar a la comunidad, es necesario tener un conocimiento previo, para ello, se debe buscar información en bibliotecas, internet, en los GADs, en instituciones, ONGs, etc. además de pedir información a personas que conozcan o que trabajen en la zona. Se debe revisar mapas del sector los del Instituto Geográfico Militar, en la página del MSP – Geosalud -, y los mapas parlantes que tienen en los establecimientos de salud.

- Es necesario tomar notas de todos los aspectos relevantes evidenciados, a través de la observación, de conversaciones, de comentarios de los pobladores, etc.

Con estas breves indicaciones, pasamos a describir algunas técnicas cualitativas que servirán como instrumentos de apoyo al trabajo de los EAIS y del equipo de gestión de los Distritos.

Las herramientas que se describen a continuación no se encuentran en ningún orden específico, ni es indispensable trabajar con todas ellas, se debe elegir las que sean útiles para concretar el trabajo del Equipo.

1.3.1 La historia de la comunidad

Para recuperar la historia de la comunidad se pueden seguir dos caminos, trabajar en conjunto con la comunidad o barrio o realizar entrevistas a informantes calificados (actores clave), en este caso, después de sistematizar todas las entrevistas, se necesita validar con el conjunto de la comunidad, con este ejercicio, tanto la población como los EAIS, aprenden de su pasado, reflexionan y revalorizan sobre las lecciones aprendidas a través del tiempo, además permite valorar lo logrado con esfuerzo y trabajo organizado.

Para reconstruir la historia de la comunidad es recomendable estructurar preguntas guías, que sirvan de apoyo para trabajar en plenaria o entrevistas individuales, por ejemplo:

- ¿Cuándo fue creada la comunidad?
- ¿Quiénes fueron sus primeros pobladores?
- ¿Cuándo fue reconocida legalmente?
- ¿Cómo era la comunidad cuando llegaron y qué cosas han cambiado?
- ¿Cuál ha sido la historia productiva de la comunidad? (qué se producía antes, qué se produce en la actualidad).
- ¿Qué acontecimientos importantes (hitos) han sucedido en la comunidad?, como por ejemplo ¿Cómo y cuándo se construyó la escuela? ¿Cómo se construyó la casa comunal? ¿Cómo se logró tener el acceso a servicios básicos?
- Qué percepción tienen de su proceso organizativo, de sus luchas y conquistas.
- Se deben incorporar preguntas que puedan ser útiles para reconstruir el perfil epidemiológico de la comunidad a través de la historia.

Para confirmar y completar la información se puede revisar los libros de actas de la comunidad, buscando los principales acuerdos y compromisos, buscar en los archivos de la Municipalidad ordenanzas o resoluciones, relacionadas a la fundación de la comunidad.

1.3.2 Entrevista cualitativa

Se puede definir a la entrevista cualitativa como una conversación entre el o la entrevistador (a) y la persona entrevistada con un esquema flexible, dentro de un plan de investigación, diseñado de acuerdo a lo que se quiere indagar.

En investigación cualitativa se emplean varios tipos de entrevistas cualitativas, dependiendo de la información que los y las investigadoras requieren para su trabajo.

1.3.2.1 Entrevista estructurada

- Se prefijan las preguntas
- Se mantiene una secuencia general de cuestiones
- Se hacen las mismas preguntas a todos los entrevistados
- Solo se consideran las respuestas a las cuestiones establecidas
- Se valoran las contestaciones por igual a todos los entrevistados

1.3.2.2 Entrevista semiestructuradas

- Se prefijan algunas preguntas, pero solo como una guía temática
- Se registran todas las respuestas
- Las entrevistas se hace de acuerdo a las personas a entrevistar
- Se hacen interpretaciones y valoraciones, según el nivel de las respuestas y los criterios previamente definidos, descritos y preestablecidos.
- Se construye de manera flexible

1.3.2.3 Entrevistas a profundidad

Es una herramienta de trabajo cualitativa, abierta no estructurada que se realiza entre dos personas, entrevistado (a) y entrevistador (a), pues siguen el modelo de conversación con el objetivo de obtener información sobre su vida en general o sobre un tema, proceso o experiencia concreta de él o la entrevistado/a, a través de esta técnica, se quiere conocer y comprender lo que es importante y significativo para el /la entrevistado (a), llegar a comprender como ve, interpreta y clasifica su mundo a algún tema específico (entrevista focalizada) que interese al entrevistador, a través de este trabajo, se conoce, a través de la historia del entrevistado la historia de la comunidad, de la población, etc.

Si bien la técnica implica una conversación abierta, el o la entrevistador(a) debe tener claro la información que requiere para orientar las preguntas y la conversación en general a la obtención de información que le permita profundizar el tema de investigación, por ejemplo: entrevistar a una mujer adulta mayor sobre su experiencia en relación a los partos, a través de este tema general,

posiblemente nos dará información de generaciones de mujeres anteriores, de su ascendencia (abuelas) y descendencia (nietas), prácticas relacionadas con el embarazo y parto, parteras, conocimiento de plantas, la comunidad o sector en relación a la maternidad, cuidados del postparto, etc.

Continuando con el ejemplo, si se realizan varias entrevistas a mujeres, de diferentes edades, se puede hacer comparaciones, análisis y tomar decisiones en conjunto con la población para tener una vigilancia conjunta en relación al proceso de la maternidad y en general de la salud sexual.

Para llevar a cabo alguno de éstos tipos de entrevistas, en primer lugar, se debe tomar contacto con personas claves de la localidad, como líderes y lideresas comunitarias, representantes de instituciones comunitarias como grupos de mujeres, clubes deportivos, asociaciones de agricultores, de trabajadores, profesores/as de la escuela, religiosos/ religiosas, representantes de instituciones del Estado, de agencias de cooperación, ONGs.

La primera persona en ser entrevistada debe ser el líder o lideresa de la comunidad y se debe indagar a ésta persona sobre qué personas debería participar en la investigación.

Para realizar la entrevista, es necesario Una vez que haya decidido a quien entrevistar, revise las siguientes pautas en cómo conducir una entrevista.

- Llevar una grabadora y preguntar a la persona entrevistada sino le incomoda la grabación, de ser así, se deben tomar notas, por este motivo de ser posible debe llevarse un o una asistente para que realice esta tarea.
- Es importante tomarse unos minutos para explicar al entrevistado o entrevistada, el motivo por el que se está realizando este trabajo, se debe preguntar si tiene alguna duda o inquietud, el objetivo de esta actividad es hacer que se sienta cómodo cómoda.
- Se debe hablar en un lenguaje fácil, no técnico, que permita entender a las personas las preguntas que se hace, si es necesario se puede ejemplificar hablando de casos concretos de su propia experiencia; por ejemplo: "Cuando mi padre se sufrió un accidente de trabajo, nuestros vecinos ayudaron a mi familia - trayéndonos de comer, llevando a mi papá a sus citas médicas cuando mi mamá debía trabajar, ese tipo de cosas. ¿Cree que las personas de esta comunidad harían algo por el estilo, ayudarse mutuamente? ¿Por qué sí, o por qué no? .
- Se debe inicia preguntando el nombre y luego aspectos generales de su vida y de la comunidad para luego centrarse en el tema de la entrevista.

1.4 Aplicación del estudio de caso a partir del Diagnóstico Situacional

La aplicación del ASIS – Diagnóstico Situacional, entre otros aspectos, genera información del contexto social y de los problemas de salud en la población. Muchos de ellos, pueden entenderse a partir de la información general del

Diagnóstico Situacional, y en otros casos requiere una profundización para comprender el problema y las relaciones causales; de hecho, el MAIS se plantea trabajar con las Determinantes Sociales de la Salud, con el enfoque cualitativo y esto, precisamente, requiere aplicar estudios de caso.

Esto resulta de alguna forma familiar ya que en la medicina y en la salud pública se aplican estudios intensivos de las enfermedades o los problemas sanitarios.

El estudio de caso aplicado a lo social comprende, de igual manera, la profundización en la realidad social a través de la descripción y análisis detallado de la unidad social (que puede ser una población, un segmento de la población que tiene relación directa con el tema del caso) y/o de una situación que está inmersa en esa unidad social de estudio; por ejemplo, la tendencia a comportamientos violentos en un segmento de la población, o costumbres o hábitos que impactan en la salud y la calidad de vida de una población. La aplicación del estudio de caso comprende entender las particularidades de ese caso o para comprender ciertos aspectos -delimitados- de la realidad, no solo para comprender a fondo el problema, sino para aplicar soluciones adecuadas al mismo.

La aplicación del estudio de caso comprende al menos los siguientes pasos (basado en documento de métodos de investigación educativa):

1. La selección o definición del caso e identificación de las unidades de estudio

Esta parte contempla la selección del caso para aplicar la investigación, y junto a esto, está también la identificación de los ámbitos en los que es relevante el estudio, a quién dirigir o con qué personas clave puede aplicarse la investigación. También se deben trazar objetivos claros y viables para el desarrollo del estudio de caso, por ejemplo: el análisis de un problema de salud concreto, aparición, recurrencia.

2. La elaboración de una lista de preguntas

Luego de haber identificado el ámbito a investigar – problema de investigación- bajo la perspectiva de estudio de caso, es necesario plantear un conjunto de preguntas para guiar la investigación. Las preguntas deben ser pertinentes al tema que motiva la investigación y deben estar orientadas para dar respuesta a las mismas preguntas o a otras que pudieran surgir en el proceso de investigación. La investigación implica el proceso que se describe a continuación.

3. Desarrollo de una investigación de corto alcance en torno a las preguntas clave

Este paso tiene relación con el proceso en el cual se genera la información necesaria para dar respuesta a las preguntas, es decir, es el desarrollo del estudio de caso, o lo que es igual, la comprensión a profundidad del tema o la problemática que motiva la investigación. Para que sea más comprensible, presentamos un ejemplo. En el ASIS - Diagnóstico Situacional de la Unidad de Salud que tiene base en la parroquia de

Ambuquí se observa que una de las primeras causas de morbilidad en la población adulta es la presencia de anemia, enfermedades crónicas degenerativas, enfermedades gastrointestinales y diarreicas.

El registro de la Unidad de Salud de Ambuquí, muestra que el problema de la anemia se presenta con mucha más fuerza en la población de afrodescendientes y de entre ellos, una buena parte de los casos provienen de la comunidad de San Luis. Este es un panorama general de un problema de salud, de entre muchos otros que se presentan en la población de Ambuquí. Sin embargo, se puede ver mayor incidencia de esas enfermedades en la comunidad de San Luis. Esta situación se evidencia en un impacto concreto en la calidad de vida de los moradores de la comunidad.

Las particularidades de San Luis requieren una mayor comprensión de lo que está sucediendo en la población de afrodescendientes de San Luis. Aquí se aplica el estudio de caso, es decir, nos planteamos entender con más detalle, profundidad y de una manera delimitada lo que sucede en esa comunidad en relación con el problema de la anemia y de las enfermedades gastrointestinales y diarreicas.

Como se puede entender, esto requiere desarrollar una investigación con la aplicación del estudio de caso partiendo de la situación de salud de la población afrodescendiente de San Luis. En este caso, podemos hacernos varias preguntas de arranque de la investigación –estudio de caso- como, por ejemplo, ¿por qué se dan esas enfermedades especialmente en la población de San Luis?, ¿por qué se presenta de una manera característica la anemia en la población de afrodescendientes?, ¿qué hace que se presenten más casos entre los afrodescendientes de San Luis?, ¿cuál es la situación general de la salud en San Luis?, ¿cómo está la situación alimentaria en la población?, ¿cómo está la situación de acceso a los servicios básicos – sanitarios- en la población de San Luis?, ¿por qué afecta menos la anemia a la población mestiza?, ¿qué hábitos o comportamientos de la población están incidiendo en esos problemas de salud?, etc.

La aplicación del estudio de caso implica desarrollar la investigación delimitada para dar respuestas a esas preguntas centrales. Esto requiere generar información, a través de la aplicación, por ejemplo, de observación directa, de entrevistas, encuestas, de la realización de grupos focales, y del registro sistemático de lo que se observa en la comunidad en relación, por ejemplo, de los hábitos de alimentación, de comportamientos asociados a la alimentación, de saber cuál es la situación de la infraestructura sanitaria, abastecimiento de agua, de realizar entrevistas por separado a la población mestiza, con iguales preguntas para conocer sus diferencias y para saber lo que pasa con cada una de esas poblaciones en relación con el problema de salud.

4. El análisis de la información

El proceso de investigación se complementa con el registro y análisis de esa información para mejorar la comprensión del problema. Sí se aplica entrevistas,

encuestas, se hace observación directa, se generará información. Esta información se procesa y analiza para entender las relaciones que hay entre esas morbilidades y la situación de salud de la población afrodescendiente de San Luis.

En el análisis es importante relacionar el conjunto de la investigación, por ejemplo, si lo que produce la población es suficiente para su seguridad alimentaria o si hay desgaste del suelo. Si la disponibilidad de tierras es limitada y hay un cambio de la alimentación que impacta en la salud. Si el trabajo desarrolla la población les obliga a consumir otro tipo de productos, si hay problemas que se generan por el consumo local del agua, si el problema afecta más a mujeres que a hombres afrodescendientes. Si hay una diferencia en el consumo de alimentos en la población mestiza.

El escuchar las entrevistas con personas clave poniendo atención a las partes explicativas de las entrevistas, combinando con los datos procesados de las encuestas, y de la observación directa posibilita analizar en profundidad esos datos que, procesados y analizados adecuadamente, darán luces para comprender a mayor profundidad el problema y dar respuestas a las preguntas que nos hicimos. Las respuestas son una parte fundamental del camino para proponer soluciones con la misma población y otros actores sociales clave que intervienen en la problemática.

5. La presentación de los resultados de la aplicación del estudio de caso

La aplicación del estudio de caso -investigación- arroja información consistente para comprender el problema de la comunidad de San Luis. Esta tarea demanda que la información esté organizada en torno al estudio de caso, y a las preguntas centrales que nos hicimos para comprender el problema de salud y sus relaciones causales. Esto requiere la preparación de un documento -informe- corto en el que se explique el problema y los hallazgos centrados en la problemática de estudio circunscrito al caso de San Luis y la población de afrodescendientes.

ANEXO 2: EJEMPLO DE ANÁLISIS DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD – DSS

El análisis de los determinantes sociales de la salud parte de la base del diagnóstico situacional, ya que en él se registran los datos generales y los específicos relacionados con las variables socioculturales y de salud encontradas en el medio.

En base a esto, se hace un ejercicio de identificación de los aspectos que están incidiendo en la salud de la población. Para esto, es necesario tomar en cuenta el concepto estándar de las Determinantes Sociales de la Salud:

“Las determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los

determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria” (10).

En el Modelo de Atención Integral de Salud, las DSS se definen como “el conjunto de variables que tienen el potencial para generar protección o daño, es decir, son condiciones que determinan la salud.

Son un conjunto de factores complejos que al actuar de manera combinada determina los niveles de salud de los individuos y comunidades”. En estas determinantes está el contexto socioeconómico y político, la posición socio económica, los determinantes intermedios, determinantes medio ambientales (MSP, MAIS, 2013: 40-42).

Ese conjunto de factores tienen que ser analizados en perspectiva de las DSS, es decir, identificando las causas de fondo que impactan negativamente la salud de la población, lo cual busca, entre otras cosas, reducir las inequidades, y tomar en cuenta las causas DSS para plantear soluciones viables y sustentadas. El análisis de las DSS puede resumirse en los siguientes resultados: análisis y comprensión de la realidad local, mejorar las condiciones de vida cotidianas, trabajo para reducir las inequidades, y finalmente la medición y análisis del cambio que se da a partir de la gestión de las DSS. Para comprender de mejor manera esto, veamos un ejemplo de análisis de las DSS:

La aplicación del ASIS – Diagnóstico Situacional en el área donde funciona el establecimiento de Salud de la parroquia rural Imantag, en Cotacachi (Zona 1, Distrito 10D03, Establecimiento de Salud Imantag - circuito) evidencia el siguiente perfil general de la población:

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA PARROQUIA

- La población se ubica a 20 minutos en bus de la ciudad de Cotacachi.
- Imantag está distribuida en diez comunidades dispersas de tamaño variable. En la parte urbana de la parroquia, se asienta la mayor parte de la población mestiza, pero también hay presencia de indígenas.
- La mayor parte de la población es indígena Kichwa – Natabuela (3.942) y mestizos (959).
- Son bilingües, aunque en la población adulta y adulta mayor predomina el uso del idioma kichwa.
- Como miembros de la cultura Kichwa Andina tienen una visión particular de la enfermedad, identifican al menos 10 enfermedades que tienen una etiología tradicional y estas son: el mal aire, espanto, mal de ojo, mal hecho o mal del caballo, kuichik, hualambario, aya sikashka, urku japishka, atsingo, allpa inis, etc. Cada una de estas enfermedades tiene su propia explicación e intervención para dar solución al problema de salud.

- En la parroquia hay varios actores de la medicina ancestral (tradicional) como limpiadores del mal aire, curadores de espanto, parteras, yachaks, (shamanes), fregadores, etc.
- La población indígena y mestiza practica la medicina ancestral y dentro de ésta tienen un conocimiento importante de las plantas medicinales y los rituales curativos. Estos conceptos tradicionales de la enfermedad se cruzan o coexisten con las enfermedades presentes en el perfil epidemiológico local, y que se tratan en la unidad de salud.
- Esta doble concepción, entre otros factores, suele incidir en el comportamiento de la población, por ejemplo, en el tiempo que se toman antes de acceder a los servicios de salud.
- Esta parroquia, históricamente, ha estado rodeada de haciendas con grandes extensiones de tierra donde trabaja buena parte de la población indígena y mestiza. Las familias indígenas que viven en sus comunidades poseen pequeñas parcelas de tierra que se ha fragmentado con el pasar del tiempo por el crecimiento de los miembros del hogar y el reparto de herencias.
- La población de esta parroquia depende económicamente de la actividad agrícola, el jornal agrícola, de la construcción, y actividades varias de servicio. La falta de fuentes de empleo en la parroquia, presiona para que, especialmente la población joven, migre a Quito y otras ciudades. Esta migración es constante en el tiempo. Se observa cambios en el comportamiento de los jóvenes que trabajan fuera de la comunidad.
- En la población se menciona que uno de los principales problemas sociales es la migración por razones económicas, violencia, consumo de alcohol y otras drogas, así como también la formación de pandillas juveniles.

DATOS ESPECÍFICOS DE LA POBLACIÓN

Los datos censales de Imantag muestran lo siguiente: población total de la parroquia es de 4.941 habitantes; de estos 2.517 son mujeres y 2,424 hombres. En la parroquia Imantag hay un 94% de pobreza por necesidades básicas insatisfechas, y afecta de manera similar a hombres y mujeres. El analfabetismo en la parroquia es del 32,9%, y el analfabetismo funcional, es decir, de las personas que saben leer y escribir pero sin capacidad de comprensión es del 44,5% y afecta en más medida a las mujeres (hombres 37,2% - mujeres el 51,7%).

El acceso a los servicios de saneamiento es muy limitado ya que solo el 9,3% del conjunto de viviendas cuenta con ese acceso, y se concentra en la cabecera urbana de la

parroquia. El abastecimiento de agua es uno de los factores más críticos ya que únicamente el 20,6% de las viviendas tiene agua entubada proveniente de la red pública. El 58,1% de la población consume agua segura, el porcentaje resto tiene ese déficit. El 30,3% de las viviendas de la parroquia tienen acceso al alcantarillado.

Otro de los problemas que se presentan en el medio, es la ocupación del espacio habitacional ya que en cada vivienda hay una ocupación por cuarto de 2,6 personas en promedio; siendo uno de los promedios más altos en la provincia de Imbabura junto con la parroquia Chugá en Pimampiro. El hacinamiento en Imantag es el más alto del cantón Cotacachi, ya que corresponde al 47,2% frente al 28,8% del promedio en el cantón.

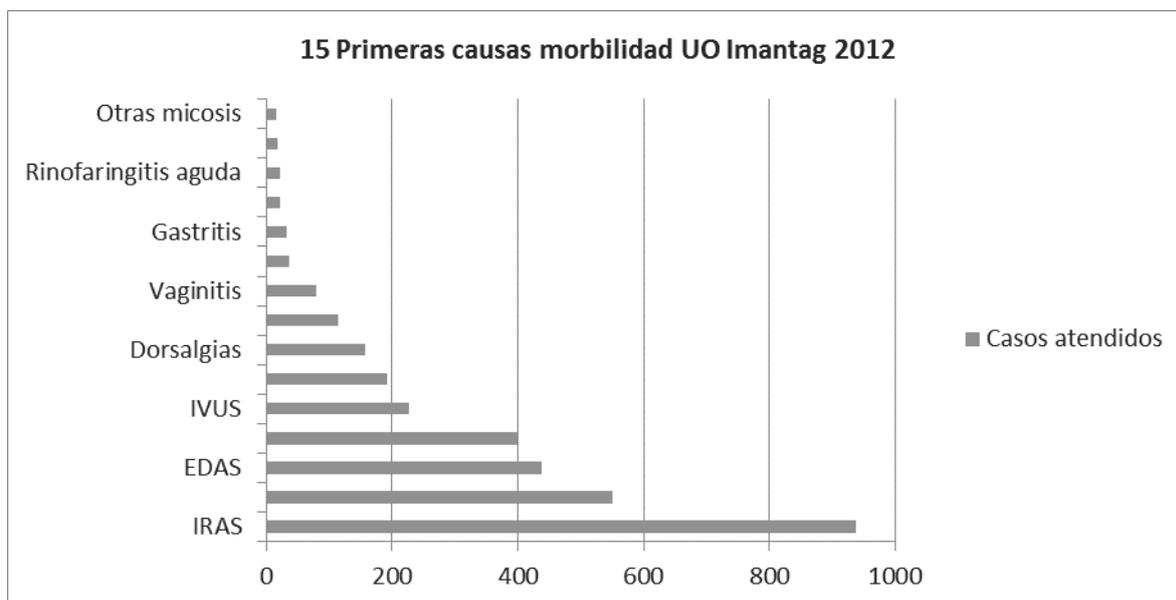
La población de esta parroquia tiene por actividad principal las actividades agrícolas, el jornal, el trabajo en la construcción, y diversas actividades de servicios que provienen de actividades que se desarrollan en las grandes ciudades. La poca dinamización económica de Imantag, expulsa un número importante de habitantes.

A pesar de esto, en la parroquia hay una alta tasa de dependencia (personas menores de 15 años y mayores de 65 años) ya que la misma incide en el 93% siendo una de las más altas tasas de dependencia de la Zona 1.

Es importante, también, indicar que parte del trabajo agrícola lo hacen en plantaciones y haciendas bajo la modalidad de jornal. En las plantaciones hay una alta exposición de riesgo por el uso de agroquímicos tóxicos, especialmente en los cultivos florícolas. La necesidad económica de los hogares, especialmente indígenas, hace que el 2,1% de los niños en edad escolar trabajen y estudien, y el 7,2% de ellos trabajan y no estudian. En general, los diversos indicadores reflejan desigualdades, y esta situación afecta más a las mujeres que a los hombres. El análisis de los DSS, precisamente, toma en cuenta las condiciones de desigualdad y plantea el trabajo en reducir o eliminar esas inequidades. Por otra parte, es necesario subrayar y tomar en cuenta que las inequidades que se han observado tienen un impacto en la salud de la población.

En el análisis de las determinantes sociales de la salud, precisamente, requiere relacionar el contexto antes descrito de la población, en este ejemplo, de Imantag, con el perfil de las enfermedades que se presentan en el medio y que son registradas por la unidad de salud. En el período 2010-2012 se registra el siguiente cuadro de enfermedades comunes en el medio, y según los casos atendidos, éste es el siguiente perfil: enfermedades asociadas al aparato respiratorio (3.720), enfermedades del aparato digestivo (736), enfermedades del aparato reproductor de las mujeres (573), enfermedades de las vías urinarias (320), enfermedades neuromusculares (272), peso bajo (178), dermatitis por exposición a agentes químicos (56), anemia (42), micosis (38), hipertensión (36), gastritis (32) y conjuntivitis (19).

Específicamente en el 2012, las causas de morbilidad son las siguientes:



Fuente: MSP, Departamento de Estadística, Área 3. Cotacachi, 2013

(Todos los datos deben citarse, es decir, escribir la fuente de información tal como está en el gráfico de ejemplo).

Este perfil se muestra constante en la población de la parroquia Imantag, porque visto desde el conjunto de los datos las causas de morbilidad son similares para los años 2010 al 2012. Entre otras causas de consulta están las derivadas por problemas de violencia física, y aunque esto, no aparece en los datos presentados, ya que se pierden en la categoría de otras, tiene un peso importante en el medio por la recurrencia y por el impacto social que tienen estos problemas en el medio. Esta información, por otra parte, está subregistrada porque no todos los casos pasan por la atención médica, y no todos son expuestos o denunciados.

Aunque las enfermedades que vemos en este ejemplo de Imantag son comunes y generalizadas a nivel nacional, en lo local adquieren otro sentido porque se conecta de diferentes modos con los problemas existentes en el medio.

Esta conexión se puede ver relacionando las morbilidades con el contexto social. Veamos esta conexión con un ejemplo:

Enfermedades	Análisis de las causas
Enfermedades asociadas al aparato digestivo (EDAS)	Esta es la segunda causa de morbilidad, e igualmente, a pesar de ser generalizada no solo para este caso, en Imantag tiene una fuerte relación con la dotación de servicios básicos. Los servicios de saneamiento básicos solo tienen el 9,3% de la población. El acceso al abastecimiento de agua potable cubre únicamente al 20,6% de las viviendas de la parroquia. El 30,3% de las viviendas tiene acceso a la red de alcantarillado, el porcentaje restante no.

En este ejemplo, vemos algunas de las relaciones causales entre los problemas específicos de salud y el contexto social. En el medio, como se ve, hay otras enfermedades que aunque no tienen el peso que éstas dos primeras causas, tienen un trasfondo social significativo, por ejemplo: las enfermedades ginecológicas, la dermatitis por exposición a agentes químicos, la anemia, la hipertensión, etc. que podría analizarse en perspectiva de entender las determinantes sociales que están actuando en estos problemas de salud.

En el análisis de determinantes sociales, los datos estadísticos -cuantitativos- se enlazan con otro tipo de información que se relacionan con problemas concretos de la cotidianidad de los habitantes de esta parroquia; uno de ellos es las consultas por causa de violencia física que aunque no aparecen en esta estadística están presentes e inciden en la salud de esta parroquia. Para el año 2011 se reporta la atención de 5 casos por agresión física, y en el 2012, 17 casos por esa misma razón.

DATOS CUALITATIVOS

Los problemas concretos de salud detectados en la unidad, se conectan con un contexto más amplio que puede ser visto, a través de un testimonio directo y que revela otras dimensiones sociales de la salud, que es un elemento de análisis de las DSS:

“Carmen S., una mujer indígena de 32 años oriunda de la parroquia de Imantag, del cantón Cotacachi, perdió hace 8 meses, a su primer hijo, Diego de 16 años. El adolescente trabajaba en una molienda ubicada en la comunidad de Hoja Blanca, del cantón Urcuquí. Junto con tres compañeros de trabajo salieron en busca del asno, para movilizar el molino, pero no se percataron de la crecida del río Ambí y fueron arrastrados por la corriente. Carmen es madre soltera y su economía familiar dependía en un 80% de su primogénito. Sus otros dos hijos aún estudian y evita que su hijo menor deje el colegio por falta de dinero.

Ella dobla su jornada con los bordados y regresó a cultivar su pequeña parcela con el fin de vender lo que obtiene de la cosecha, en el mercado de Cotacachi, para que le alcance sus ingresos para mantener a su familia. Vive en una casa prestada por sus hermanos. “Mi hijo me ayudaba a educar a los otros...”

La historia de Carmen es similar a la del 94% de familias que se encuentran en situación de pobreza en la parroquia y donde los adolescentes no terminan la escuela para ir a trabajar en labores de alto riesgo como son las moliendas, la construcción, la fabricación de ladrillos.

Estas familias están integradas por 8 y 9 hijos y la mayoría de ellos quieren cumplir los 14 años para salir de sus casas y buscar trabajo en Ibarra, Quito o Guayaquil. En estas ciudades, se emplean en oficios de alto riesgo o en la venta de frutas. Las pandillas sumado a la pobreza y mendicidad, otro problema que enfrenta la parroquia. En la parroquia se conforman pandillas, que se integra por adolescentes de 13 y 15 años, quienes a la falta de espacios se refugian –en esas agrupaciones y en adicciones de alcohol y drogas-.

Con respecto a los jóvenes, lamentó que por la pobreza haga que emigren a las ciudades capitales y abandonen las tierras. “Son las mujeres y las personas de la tercera edad, quienes se quedan y los terrenos no son aprovechados porque no hay fuerza laboral”, expresó.” (fuente: entrevistas directas y publicada en internet).

Lo expresado por la entrevistada, muestra otra dimensión de la realidad que complementa las cifras estadísticas y los casos atendidos en la unidad de salud, donde se evidencia las diferentes morbilidades existentes en el medio.

Entre los datos cuantitativos, los documentales, y lo testimonial que se recoge en la entrevista, se puede identificar los principales problemas sociales en la parroquia de Imantag, tal como se puede apreciar en el recuadro de abajo:

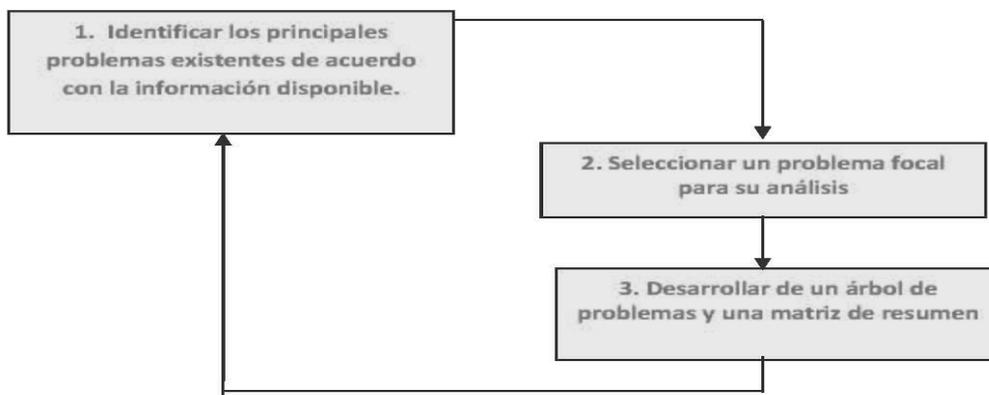
Pobreza por NBI en gran porcentaje de la población 94%
 Déficit de servicios de saneamiento básico.
 Problemas de salud asociados al consumo de agua (EDAs segunda causa de morbilidad)
 Bajo nivel de escolaridad en la parroquia promedio 6.0 años, Mujeres 5.6 / Hombres 6.3
 Falta de fuentes de trabajo
 Trabajo dependiente de la producción de las haciendas, plantaciones o criaderos.
 Trabajo agrícola en condición de precariedad – uso de agroquímicos (pesticidas)
 Reducción espacios propios para cultivar – parcelación de la tierra (crecimiento demográfico)
 Cultivos propios para subsistencia y venta en el mercado (desbalance)
 Escasez de mano de obra familiar -cambio en la forma tradicional de organización del trabajo-
 Problemas de acceso a agua de riego y acceso a agua segura para el consumo.
 Importante migración hacia las ciudades grandes en la población joven.
 Formación de pandillas juveniles violentas (Cobras, Cotoles, Solitarios, Colmenas, etc)
 Violencia sexual y violencia de género (violaciones frecuentes / agresión a mujeres)
 Consumo de alcohol y drogas entre jóvenes
 Cambios culturales en el estrato de la población de jóvenes indígenas –pérdida del kichwa-
 Hacinamiento
 Trabajo infantil
 Presencia importante de discapacidades (105 en toda la parroquia)
 Contaminación ambiental en quebradas por depósito de residuos contaminantes
 Inadecuado manejo de los residuos sólidos (se vierte en las quebradas)
 Uso de pesticidas y manejo inadecuado de los desechos peligrosos.
 En las comunidades alejadas, dificultad de acceso, etc.

Fuente: entrevista publicada en internet sobre la situación de la parroquia de Imantag.

El análisis de las DSS se plantea entender las causas que están motivando esos problemas para dar la respectiva respuesta y solución desde las diferentes instancias y actores sociales, y parte de un proceso que puede darse en tres etapas definidas partiendo de la identificación del problema, a través del diagnóstico situacional y de la priorización del mismo. En el esquema de abajo se presenta los pasos fundamentales para el análisis e incidencia en las DSS.

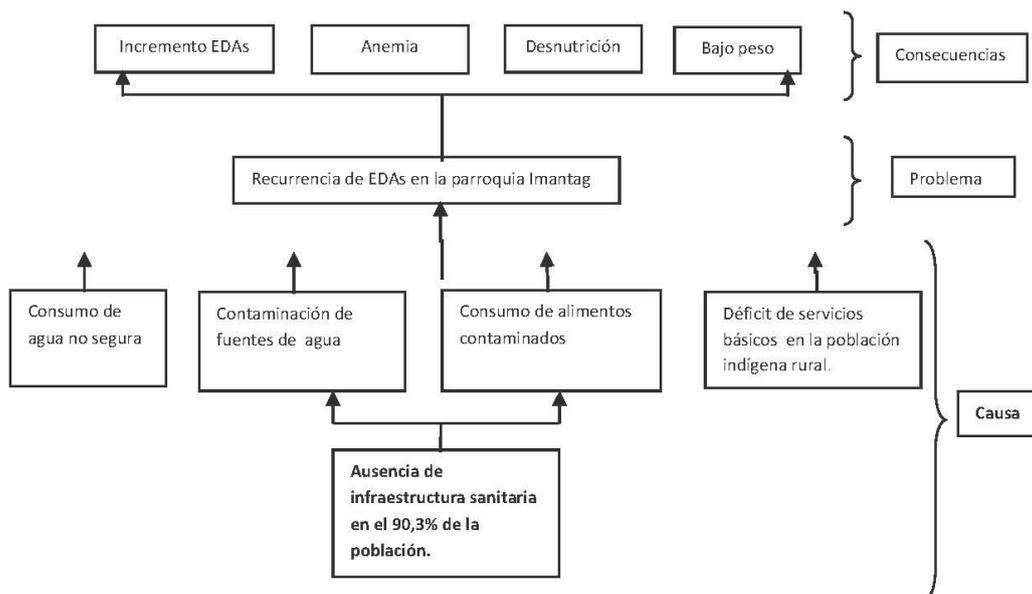


Para esto es necesario tomar en cuenta que junto con la identificación de los principales problemas y la priorización de los mismos que se hace en función de la perspectiva de la población. Junto a esto, se hace la selección de un problema focal para el análisis y el desarrollo de un árbol de problemas, que es la herramienta que ayuda a comprender las raíces del problema, el eje de ese problema, sus ramificaciones, y consecuencias.



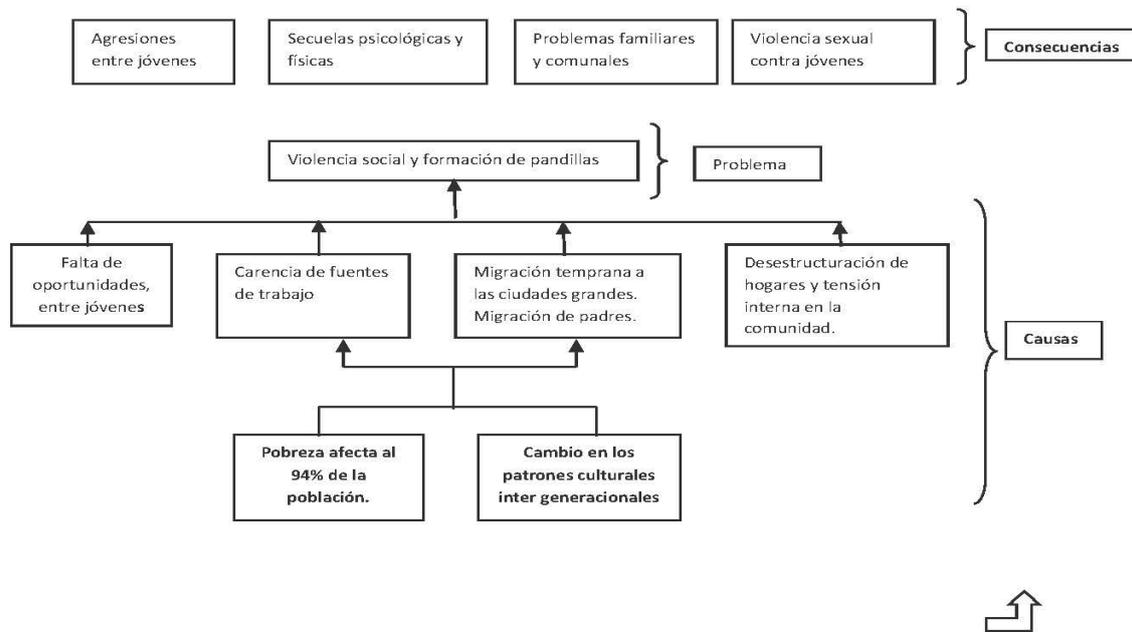
Para ejemplificar el análisis de DSS tomaremos el problema asociado a las enfermedades diarreicas agudas que son prevalentes en el medio y el problema de la violencia social, como ejemplos de relaciones directas e indirectas en salud.

Ejemplo 1: Árbol de problemas enfermedades recurrentes asociadas a las EDAs



El problema	Causa raíz del problema	Relaciones causales (en salud)	Soluciones posibles
Recurrencia de EDAs en la parroquia de Imantag	Ausencia de infraestructura de saneamiento básico en el 90,3% de la población de la parroquia.	Consumo de agua no segura (contaminada) Consumo de alimentos contaminados. Mayor impacto en la población indígena rural de las EDAs Confunde síntomas diarreicos asociados a enfermedades de esquema nosológico tradicional.	Implementar la infraestructura sanitaria. Trabajo intersectorial. Trabajo comunitario. Proteger las fuentes de agua. Reforestar. Instalar infraestructura en comunidades indígenas. Trabajo intercultural en el manejo de las enfermedades diarreicas agudas.

Ejemplo 2: Árbol de problemas violencia social y formación de pandillas juveniles



El problema	Causas raíz del problema	• Relaciones causales (en salud)	Soluciones posibles
Violencia social y formación de pandillas juveniles	El 94% de la población de Imantag, está afectada por la pobreza desde las Necesidades Básicas Insatisfechas	<ul style="list-style-type: none"> • Agresiones con secuelas psicológicas. • Agresiones con lesiones físicas. • Agresiones sexuales dirigidas a mujeres de las comunidades. • Embarazos precoces. • Mayor exposición a las enfermedades presentes en el medio. 	Dinamizar la economía local. Reducir la pobreza en la población. Abrir diferentes opciones productivas locales. Reducir la migración interna. Articularse intersectorialmente. Fortalecer los valores culturales. Introducir los enfoques de PS en el personal de salud.

 Cargo:
 Nombre:
 CC:
 Nombre de la organización

ANEXO 6: FORMATO DE AGENDA PARA EL DESARROLLO DE LA SOCIALIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL, VALIDACIÓN Y ELABORACIÓN DEL PLAN LOCAL DE SALUD

Para preparar la agenda del taller se debe considerar ciertos factores:

- Tiempo aproximado de duración de la jornada (medio día, día completo) esto se define con las organizaciones (dirigentes, cabildos, etc.), esto dependerá de la disponibilidad del tiempo de los/las participantes, que tiene que ver con sus jornadas de trabajo, distancia del lugar de reunión, posibilidad de acceder a medios de transporte tanto para llegar al sitio de reunión como para retornar a su vivienda. Es preferible construir la agenda con los/las representantes comunitarios. Se debe tomar en cuenta los puntos principales que son:
 - La presentación sencilla de los principales resultados del diagnóstico, y la validación con la población de los datos que requieran esta actividad de confirmación con la comunidad.
 - Desarrollo del trabajo con el Comité Local de Salud del Plan Local de Salud.
- División del tiempo para cada actividad, se debe tomar en cuenta tiempos de descanso, de alimentación.
- Para la distribución de temas a tratar se debe preferir ubicar los de mayor complejidad al inicio de la actividad pues las personas están con mayor energía y disposición al trabajo. Si se realiza la actividad después de la jornada de trabajo, al finalizar la tarde y/o noche se iniciará con una actividad, que permita lograr la atención de los/las participantes, como por ejemplo: una dinámica, ejercicios físicos, que contribuyan a disminuir la tensión del día de trabajo, etc.

Pasos	Contenido	Tiempo	Materiales	Método/técnica	Responsable	Observaciones
1	Bienvenida	15 min.		Exposición	Miembro EAIS	
2	Presentación de participantes	30 min	De acuerdo a la dinámica	Dinámica de presentación	Equipo EAIS	
3	Temas de la convocatoria: ej. Introducción al tema.	15 min	Infocus o papelote con la información	Exposición	Equipo de salud	
3.1	Presentación de diagnóstico situacional por partes	1 hora	Infocus, o exposición con apoyo de papelotes, gráficos, tarjetas	Exposición	Equipo de salud	
3.2	Construcción del Plan Local de Salud	3 horas	Infocus, o exposición con apoyo de papelotes, gráficos, tarjetas	Exposición	Miembros del Comité Local de Salud	

REFERENCIA

1. Resúmenes Metodológicos en Epidemiología: Análisis Situacional de Salud (ASIS), tomado del Boletín Epidemiológico, Vol.20 N°3, septiembre.
<http://www.paho.org/spanish/sha/bs993HSA.htm#def>
2. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Modelo de Atención Integral de Salud, Familiar, Comunitaria e Intercultural, Quito. MSP. 2013
3. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Modelo de Atención Integral de Salud, Familiar, Comunitaria e Intercultural, Quito. MSP. 2013
4. Costales, Patricia, Cueva, Jorge. Manual de promoción de la salud, con énfasis en la salud sexual y salud reproductiva. Corporación Utopía. (mimeo sin publicar)
5. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Modelo de Atención Integral de Salud, Familiar, Comunitaria e Intercultural, Quito. MSP. 2013
6. OMS, Programas y proyectos, Determinantes sociales de la salud. Reducir las inequidades sanitarias sobre los determinantes sociales de la salud.
http://www.who.int/social_determinants/es/
7. OMS, Temas de Salud: Factores de riesgo,
http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
8. Freie Universität Berlin. Instituto de Estudios Latinoamericanos. Mujeres y Género en América Latina. Participación Social.
http://www.lai.fu-berlin.de/es/e-learning/projekte/frauen_konzepte/index.html
9. Geilfus, Franz. 80 Herramientas para el desarrollo participativo: diagnóstico, planificación, monitoreo y evaluación. San José de Costa Rica. IICA. (sin año de referencia).
10. OMS, Programas y proyectos, Determinantes sociales de la salud. Reducir las inequidades sanitarias sobre los determinantes sociales de la salud.
http://www.who.int/social_determinants/es/

ANEXO 4- ESTRATEGIAS DE SENSIBILIZACIÓN Y EDUCOMUNICACIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MAIS Y LA RPIS

Las estrategias de comunicación y sensibilización deben ser dirigidas tanto al usuario interno como al externo, basándose en el enfoque integral, familiar, comunitario e

intercultural del Modelo de Atención de Salud. Para el desarrollo de las estrategias de sensibilización y comunicación, debe tenerse en cuenta los conceptos y metodologías, que incorporen el enfoque de derechos, género e interculturalidad.

Las estrategias de sensibilización y comunicación se orientan a que tanto los usuarios internos como los usuarios externos conozcan y se apropien de las políticas de salud, aporten en su construcción e implementación, fortalezcan el sentido de corresponsabilidad definiendo los roles y funciones institucionales y de los usuarios externos a nivel individual, familiar y comunitario.

Contribuyen también a que tanto los equipos de salud como la comunidad, cuenten con la información necesaria y de manera oportuna para el seguimiento y evaluación de la implementación de las políticas y la incidencia en sus condiciones de trabajo y sus condiciones de salud.

Los procesos de información, sensibilización y comunicación deben partir de la identificación de las concepciones y prácticas culturales de los diversos grupos poblacionales del territorio y población asignada. Una de las mayores potencialidades de nuestro país es la diversidad y tanto la Constitución de la República como el Plan Nacional del Buen Vivir, establecen la promoción de políticas públicas que aseguren la expresión igualitaria de la diversidad (identidades diversas, la plurinacionalidad y la interculturalidad).

Esto implica que el MSP y los equipos de salud en los diferentes niveles de gestión y atención identifiquen las diferentes expresiones de la diversidad cultural (identidades diversas, la cosmovisión y prácticas de vida y salud de los pueblos y nacionalidades), establezcan espacios horizontales de diálogo y concertación, y generen mecanismos para que las políticas de salud, los diagnósticos, la planificación, los procesos comunicacionales incorporen efectivamente el enfoque intercultural.

Los planes de socialización y comunicación dirigidos a la comunidad deben partir del reconocimiento y valoración de las diversidades, la construcción participativa de prioridades, contenidos y estrategias. Deben además fomentar el trabajo en red, tanto intersectorial, como interinstitucional y de participación comunitaria.

Para lograr el compromiso y empoderamiento de los actores comunitarios es importante conocer su cosmovisión y prácticas culturales que en general se relacionan con valores como la solidaridad, la honestidad, el trabajo conjunto, que pueden ser resumidos en frases como “Un solo corazón”, “Un solo puño”, “Un solo pensamiento”, “No mentir, no ser ocioso, no robar”. Estos conceptos deben ser adaptados, según las características locales, de cada nacionalidad y pueblo.

Este proceso permitirá comprender las necesidades, opiniones y concepciones de los usuarios internos y externos, a partir de los cuales se puede realizar una planificación adecuada, adaptada a la realidad local y cultural, para la implementación del MAIS.

1. CON EL USUARIO INTERNO

Las estrategias comunicacionales en un primer momento deben orientarse a que todos y cada una de las personas que son parte de los equipos de salud administrativos y técnicos conozcan la visión, la misión, la estructura organizacional de la institución y las políticas de salud. Consensuar y apropiarse de enfoques y conceptos, así como sus roles y la importancia de su papel en el contexto del país, de la institución y de la población. Estos procesos deben ser impulsados en los diferentes niveles de gestión (nacional, zonal y distrital) y generar compromisos de gestión.

El diagnóstico situacional, construido de manera participativa en los diferentes niveles de gestión y atención, constituye el punto de partida para la planificación y programación, así como el establecimiento de compromisos de gestión.

Realizar de manera sistemática reuniones técnicas entre los integrantes de los equipos administrativos y técnicos de salud en los diferentes niveles de atención, que se orienten a informar e identificar avances, puntos críticos y necesidades de reprogramación de las actividades intramurales y extra murales en establecimientos de salud del primer nivel nivel de atención, y actividades intramurales y de especialidad, en segundo, tercero y cuarto nivel.

Por otro lado, se toma en cuenta también la información derivada del monitoreo permanente del clima organizacional interno.

Los procesos comunicacionales y el seguimiento de la implementación del MAIS y la RPIS deben considerar fundamentalmente las estrategias intersectoriales para intervenir sobre los determinantes de la salud, por lo que las y los usuarios internos deben contar con la información sobre las instituciones y organizaciones que a nivel territorial complementan las acciones de salud para el mejoramiento de la calidad de vida y la generación de entornos saludables.

La socialización y capacitación sobre el MAIS y el RPIS, se ha planteado en 3 fases:

- Fase de corto plazo:
 - Socialización y capacitación online al personal de salud
 - Caja de mensajes y material comunicacional para la comunidad y familias.

- Capacitación presencial en territorio para personal de salud, líderes y actores sociales.

- Fase de mediano plazo:

- Capacitación formal online para personal de salud
 - Campañas comunicacionales masivas

- Fase de largo plazo:

- Capacitación formal para personal de salud
- Campañas comunicacionales masivas

2. CON EL USUARIO EXTERNO

Las intervenciones técnicas propuestas para diseñar y consolidar el MAIS y la RPIS son complementarias a las intervenciones educomunicacionales para asegurar la sostenibilidad de los cambios esperados. La comunicación en salud ha demostrado ser de vital importancia para conseguir que estos cambios se mantengan e incluso se incrementen en el tiempo. En este sentido, se ha identificado que se requiere de mayor información sobre los cambios que se proyecta a la funcionalidad del trabajo en red y sus mecanismos de funcionamiento hacia la población en general.

Es importante realizar un análisis de los medios de comunicación en cada establecimiento y entre los establecimientos para que sirva de base para proyectos educomunicacionales específicos y estimación de recursos de medios comunicacionales.

La estrategia de comunicación plantea como ejes:

- **Información:** mensajes, a través de los medios masivos y alternativos para que las familias y las comunidades interioricen las nuevas formas de atención a la salud a nivel de la comunidad, familia y personas, mediante procesos de socialización, capacitación e información por diversos medios comunicacionales.
- **Coordinación directa** con otros programas sociales del Estado orientados a la misma población objetivo, a fin de establecer alianzas, convenios y entendimientos para unir esfuerzos y compartir costos, con el propósito de obtener mejores resultados, haciendo un uso eficiente de los recursos relacionados con este tema.
- **Colectivos comunicacionales** a nivel de Distrito y Zonas, se requiere estar pendiente de conocer los colectivos comunicacionales, que permitan monitorizar las necesidades de información y comunicación.
- **Mejoramiento de recursos comunicacionales:** internet, mail, telefonía y plataformas tecnológicas de soporte en todos los establecimientos de salud.
- **Material comunicacional** para la comunidad y familia.

ANEXO 5 -FUNCIONES, ACTIVIDADES Y GUÍA DE TRABAJO DEL EQUIPO DE SALUD

8.1 FUNCIONES Y ACTIVIDADES DEL EQUIPO INTEGRAL DE SALUD EN EL CIRCUITO

COMPETENCIAS	ACTIVIDADES	OBSERVACIONES
<p>Organización de los establecimientos de salud, equipos integrales, y servicios transporte sanitario, según nivel de atención, para la planificación y programación integral de las prestaciones por ciclos de vida, aplicando las normas y protocolos del MSP en función de los lineamientos nacionales del MAIS y estrategias nacionales.</p>	<p>Elaboración de la Planificación Operativa Anual, con participación activa de la población del territorio de influencia del establecimiento de salud (POA) con cronograma mensual.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración participativa con los funcionarios de los establecimientos de salud y con actores sociales locales, según normativa MSP • Análisis de Situación Integral de Salud • Diagnóstico Dinámico • Los componentes del POA, deben permitir el desarrollo de la atención integral de salud especialmente de promoción y prevención. • Debe establecer con claridad los flujos de referencia y contra referencia. • La ejecución de las actividades extramurales, por ningún motivo significarán el cierre de los establecimientos de salud, por lo que el cronograma deberá garantizar este lineamiento
	<p>Determinación de resultados esperados de impacto social en base a la realidad local y los indicadores del Plan Nacional del Buen Vivir</p>	<p>Los resultados esperados del POA se deberá transformar en indicadores relacionados con los perfiles epidemiológicos, (problemas y riesgos de la población), a partir de los cuales se establecerá el resultado de impacto social que se pretende alcanzar con el desarrollo de las actividades planificadas.</p> <p>Ejemplo: En determinado lugar existe gran cantidad de accidentes de tránsito. ¿Qué actividades ayudarían a disminuir este problema? El resultado de impacto social es la disminución de la mortalidad y lesiones por accidentes de tránsito.</p> <p>Es importante, que las intervenciones se direccionen a los lugares de más riesgo o vulnerabilidad, sin descuidar los otros sitios donde no hay riesgos. En éstos, se debe trabajar con planes de prevención</p>
	<p>Determinación de los requerimientos para la dotación a los EAIS de medicamentos, insumos, suministros, prendas de protección, equipamiento, logística y movilizaciones para desarrollo de actividades intramurales y extramurales en los circuitos.</p>	<p>Para determinar el requerimiento es importante identificar Y determinar las estrategias, que permitan al equipo integral de salud, trabajar en las causas y así disminuir el efecto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ejemplo: Los pacientes no acuden al servicio porque carece de medicación. Se planifica un taller con el equipo EAIS para determinar los requerimientos que permitan mejorar la oferta y, a partir de esto, se planifica el presupuesto. • Los requerimientos son dirigidos a la Dirección Distrital de Salud y Coordinación Zonal como responsables de la dotación. Diseño, según normativa del MSP
	<p>Firma de compromisos de Gestión</p>	<p>Los resultados esperados del POA serán la base del Compromiso de Gestión. Para su cumplimiento, es necesario la estimación de recursos y la solicitud de los mismos a la Dirección Distrital.</p>
	<p>Mejoramientos de competencias al talento humano</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Participación en las actividades de educación continua y evaluación. • Seguimiento de los procesos de formación y actividades de los Técnicos de Atención Primaria (TAPS)
<p>Etapas de Socialización en todos los niveles de atención para fortalecimiento del trabajo intersectorial, interinstitucional y la participación comunitaria</p>	<p>Convocatoria y Sensibilización Organización Planificación</p> <p>Ejecución Seguimiento y Evaluación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El objetivo final es lograr que la población se sume al proceso que define que todo ciudadano tiene derecho a ser bien atendido con calidad y excelencia del servicio. • Actividad dirigida al usuario interno y externo para fortalecer la excelencia del trabajo del recurso humano. El requerimiento para esta etapa es el diagnóstico dinámico. • Importante es el manejo de tres consignas para brindar una atención integral: compromiso, respeto a los derechos de las personas y disciplina.

Nota: Ver Capítulo 6 MAIS LINEAMIENTOS OPERATIVOS DEL MAIS

8.2 GUÍA PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS FUNCIONES DEL EQUIPO DE SALUD EN EL DISTRITO Y CIRCUITO

ACTIVIDADES	ACCIONES	OBSERVACIONES
<p>Etapa Preparatoria</p>	<p>Diagnóstico Situacional Dinámico e identificación y priorización de sectores, barrios, manzanas y viviendas, de mayor riesgo o vulnerabilidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El Análisis de la Situación Integral de Salud, considerando los determinantes de la salud, se realiza y actualiza siempre al inicio del año. • Constituye un referente o una fotografía inicial del territorio de influencia, que es la base de la programación de actividades de la unidad operativa. • Es importante, contar con un informe situacional permanente de la población, apoyado en las herramientas para el diagnóstico dinámico.
	<p>Diagnóstico Dinámico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mapeo de actores • Mapa parlante -Sala situacional • Ficha familiar y de seguimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Las herramientas del diagnóstico dinámico permiten a los EAIS programar y reprogramar el trabajo, que combatirá las causas y efectos de los problemas de salud, fortaleciendo el trabajo intersectorial, interinstitucional y la participación comunitaria. • La utilización de las herramientas del diagnóstico dinámico no suplen el desarrollo de las actividades de atención de los profesionales de los EAIS. • Estos diagnósticos dinámicos, permiten realizar acciones de forma oportuna y requieren de la participación de la comunidad. • Las normativas que apoyan al desarrollo de estas actividades son: vivienda saludable y familia saludable
	<p>Fortalecimiento del trabajo intersectorial, interinstitucional y la participación comunitaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El mapeo de los actores sociales es la base para la definición de las acciones y el trabajo conjunto • Es importante, trabajar con los cinco procesos agregadores de valor del MSP, a estos procesos, se articulan todos los programas y estrategias nacionales, para alcanzar los resultados de impacto social determinados al inicio de la planificación.
<p>Etapa de provisión de servicios</p>	<p>Asignación de tiempos a los EAIS para desarrollar el trabajo intramural y extramural,</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El trabajo intramural y extramural enfoca para actuar en las causas y los efectos, se programa de manera mensual, rotativa y participativa. (todos los integrantes del EAIS). • En las actividades intra y extramurales se debe aplicar la Atención Primaria de Salud – R en forma integral, con enfoque familiar, comunitario e intercultural y del entorno • Se aplica en enfoque de dispensarización • Se establece el Cronograma MENSUAL
	<p>Desarrollo y ejecución de actividades planificadas a través de las:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acciones extramurales con enfoque intersectorial e interinstitucional y de participación ciudadana. • Acciones intramurales • Acciones técnico-administrativas 	<p>Acciones extramurales dirigidas a la familia y la comunidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promoción de las potencialidades y de estilos de vida saludables. • Coordinar acciones con otras instancias que manejan otros determinantes de salud. • Asegurar la participación social, involucrando activamente a todos los actores sociales durante las fases de implementación del modelo. • Participar en la formulación de planes estratégicos distritales, incorporando el enfoque familiar, intercultural, de género e intergeneracional. • Visitas domiciliarias de acuerdo al MAIS, coordinada con líderes barriales • Levantamiento de fichas familiares • Vigilancia Epidemiológica comunitaria • Conformación de concejos sectoriales de salud local

ACTIVIDADES	ACCIONES	OBSERVACIONES
		<p>Acciones intramurales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trabajar en la prevención de enfermedades. • Procurar atención y recuperación de usuarios en medicina, psicología, odontología, obstetricia, trabajo social, terapias de lenguaje, estimulación temprana. • Trabajar en las áreas de rehabilitación integral, los cuidados paliativos y atención prehospitalaria • Utilizar las normas del MSP e incluir las de de Gestión de Riesgos. <p>Acciones técnico - administrativas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se deben enviar las planificaciones mensuales del establecimiento de salud a la Dirección Distrital. • En la planificación deben constar las intervenciones, acciones, estrategias integrales y requerimientos necesarios para la ejecución del plan. Estos recursos deberán ser entregados a tiempo para realizar la gestión distrital y contar con los recursos necesarios en los primeros días de cada mes. • Realizar compromisos de gestión para el cumplimiento de metas. • Recolectar e ingresar al sistema único de información los indicadores de producción intramural y extramural, indicadores de calidad, fichas familiares y de gestión. • Enviar al distrito, la información conforme las indicaciones oficiales. • Mantener reuniones periódicas para analizar la información, identificar necesidades de mejoramiento de la calidad, planificar y ejecutar acciones y planes de intervención. • Analizar la metodología de implementación del modelo aplicado y proponer al nivel distrital los ajustes metodológicos pertinentes • La evaluación del desempeño se realiza en función de los indicadores de impacto social, obtenidos del trabajo intramural y extramural relacionado, y no en función de la carga horaria. • Recepción de datos para el diagnóstico situacional y actualización del mapa parlante
	<p>Fortalecimiento de</p> <ul style="list-style-type: none"> • la referencia y contra referencia al segundo, tercero y cuarto nivel • la derivación de pacientes a otros establecimientos de salud del primer nivel de atención. • Funcionamiento de la atención prehospitalaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Socializar los cuatro niveles para que las acciones, que realicen respondan a obtener resultados de impacto social • Desarrollar mecanismos para asegurar el plan de tratamiento y el seguimiento de los pacientes referidos, contrareferidos y derivados. • Manejar estándares de calidad de la atención para garantizar la continuidad • Determinar compromisos de gestión para cumplir los Indicadores de Gestión Institucional • Desarrollar actividades de entrenamiento práctico (docencia asistencial) para los funcionarios o personal que lo requiera, según las actividades planificadas • Desarrollar actividades de investigación operativa o participación en investigaciones científicas planificadas

Fuente: MSP. Modelo de Atención Integral de Salud.

ANEXO 6 - ESTRATEGIAS DE ARTICULACIÓN INTERSECTORIAL E INTERINSTITUCIONAL

6.1 Antecedentes

El Gobierno Nacional del Ecuador, por intermedio de la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES), implementa el proceso de Reforma Democrática del Estado, que tiene como uno de sus principios, el diseño y aplicación de un nuevo modelo de gestión estatal descentralizado, desconcentrado y participativo.

Para acelerar y profundizar este proceso, se ha determinado la necesidad de una profunda transformación de la estructura territorial del país, mediante la conformación de zonas de planificación y administración, de similares características. Así mismo, al interior de cada región, se conforman los Distritos Administrativos, como órganos técnicos desconcentrados, cuya

jurisdicción territorial coincide con el área geográfica del cantón o unión de cantones. Todo esto, se complementa con la desconcentración de los Ministerios y entidades del Ejecutivo a los territorios a nivel zonal, como una estrategia administrativa para llevar la política pública a las localidades de manera organizada, coordinada y con una misma base territorial para organizar sus intervenciones.

En este contexto, corresponde a los Distritos, entre otras, las siguientes funciones: articular las políticas de desarrollo, garantizar el acceso de toda la población a servicios de calidad, promover e implementar la planificación con enfoque territorial, coordinar la gestión intra e intersectorial, articular las acciones con actores sociales y otros ministerios, generando compromisos de trabajo de las partes involucradas, y a la vez supervisar y monitorear la provisión de servicios para el ejercicio pleno de derechos y garantías ciudadanas.

Como un componente importante de esta propuesta de trabajo intersectorial, debe mencionarse el paradigma del Desarrollo Humano, que “comprende la creación de un entorno en el que las personas puedan desarrollar su máximo potencial y llevar adelante una vida productiva y creativa de acuerdo con sus necesidades e intereses. Las personas son la verdadera riqueza de las naciones y, por lo tanto, el desarrollo implica ampliar las oportunidades para que cada persona pueda vivir una vida que valore. Para que existan más oportunidades lo fundamental es desarrollar las capacidades humanas: la diversidad de cosas que las personas pueden hacer o ser en la vida. Las capacidades más esenciales para el desarrollo humano son disfrutar de una vida larga y saludable, haber sido educado, acceder a los recursos necesarios para lograr un nivel de vida digno y poder participar en la vida de la comunidad.” (Informe sobre Desarrollo Humano – PNUD2010).

Los pilares fundamentales del desarrollo humano son educación y salud. Se miden, a través de indicadores como la esperanza de vida al nacer, la tasa de fecundidad, la tasa de matriculación, la tasa de permanencia en el sistema educativo, el grado de acceso a los servicios de salud, entre otros.

En el Informe para el Desarrollo Humano del año 2010, publicado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Ecuador ocupa el puesto 77, que lo clasifica como país de desarrollo alto. Este enfoque del desarrollo humano es alcanzable y se encuentra implícito y explícito en la Constitución de la República, el Plan Nacional del Buen Vivir, la Agenda 21 y los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en los que se sustentan las políticas, objetivos, planes, programas y proyectos del Ministerio de Salud Pública (MSP).

Una vez que se elaboró el Plan Nacional del Desarrollo, se actualizó el mismo con los datos recogidos en los Gabinetes Provinciales que expresan las necesidades de cada una de las regiones del país, dando como resultado el Plan Nacional del Buen Vivir. Este plan ha permitido optimizar el uso de los recursos en las zonas más necesitadas para mejorar los niveles de desarrollo actuales y fomentar la participación comunitaria organizada y encaminada hacia un mismo fin común para todos los ecuatorianos y ecuatorianas, lo que demuestra la fortaleza que radica en la participación comunitaria organizada.

Al reconocer la cultura de las comunidades, pueblos y nacionalidades se fortalecen las estrategias para consensuar acciones orientadas a mejorar la calidad de vida de las personas, sin perder su identidad. Al mismo tiempo, se amplían las capacidades ciudadanas, en especial de los grupos anteriormente excluidos y discriminados, que actualmente, pueden aportar en forma activa en la construcción de políticas públicas, que contribuyan al logro de los objetivos del desarrollo. Es importante, considerar a las necesidades no solo como carencias sino como potencias, que permiten la organización y compromiso de la población en la búsqueda de soluciones para aliviar sus problemas en el nivel local.

En este sentido, la salud de las personas, como un derecho, no solo depende de las acciones que realiza el personal de salud, sino también de la influencia que los determinantes ejercen sobre la vida de las personas y que son abordados por parte de otros ministerios. En esta condición, el Nuevo Modelo de Gestión constituye la oportunidad de aunar esfuerzos entre los ministerios del sector social con y para la población, lo que daría lugar a un cambio trascendental, que contribuya en forma significativa a alcanzar el Buen Vivir.

Una gestión interdisciplinaria e intersectorial tiene como punto de partida la delimitación de funciones que cada uno de los actores debe asumir. El Ministerio de Salud, por intermedio de sus unidades operativas, trabajará en mejorar los indicadores de salud y buscará apoyo de otros ministerios para accionar en un cambio sobre los determinantes, mediante trabajo intersectorial coordinado.

Corresponde a las unidades operativas de los diferentes distritos de salud, buscar mecanismos de articulación con los Ministerios de Educación e Inclusión Económica y Social, Cultura, Deportes, del Interior, de Justicia, y otras instituciones para poder brindar atención integral e integrada a los usuarios que a diario atienden, en forma tal que la intervención que realiza el personal de salud, a través de las fichas familiares, en las cuales se identifican riesgos biológicos, sanitario y socioeconómicos, no se ha limitado a un modelo biológico, sino que abarque la esfera mental y social de las personas.

6.2 Estrategias de Articulación Interinstitucional intersectorial

Para llevar a cabo una planificación adecuada que genere resultados esperados de impacto social, es importante contemplar la realización de acciones interinstitucionales, que puedan apoyar el alcance de los productos y servicios dados por las unidades de salud.

La participación 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.

A título individual, las personas deben ser capaces de tomar decisiones de forma libre y han de estar plenamente informadas en lo que respecta a su salud y la de sus familias, con un espíritu de autodeterminación y confianza.

A nivel social, la participación en el ámbito de la salud es una faceta de la participación cívica en general. Este proceso garantiza que el sistema de salud refleje los valores sociales, y proporciona un medio de control social y responsabilidad respecto a las acciones públicas y privadas que repercuten en la sociedad.

La intersectorialidad en materia de salud significa que el sector de la salud debe trabajar con diferentes actores y sectores para velar por el cumplimiento y alineación de las políticas públicas y lograr maximizar la potencial contribución a la salud y al desarrollo humano.

A continuación, se presenta un esquema para facilitar la articulación intersectorial.

ARTICULACIÓN INTERSECTORIAL E INTERINSTITUCIONAL

Servicios del Ministerio de Salud Pública	Ministerio de Inclusión Económica y Social	Ministerio de Educación	Gobiernos autónomos descentralizados	IESS (seguro campesino)	Otros
ATENCIÓN A LA INFANCIA 0 A 9 AÑOS					
Promoción de la salud	Aplicación de la estrategia AIEPI en su componente comunitario				Institutos de educación especial
Prevención de la enfermedad					
Educación para la salud					
Consejería sobre lactancia materna exclusiva	Aplicación de acciones para prácticas clave priorizadas				Grupos de mujeres organizadas: parteras, comadronas, lideresas. Comités de salud
Vacunación infantil según esquema	Trabajo coordinado con los centros de restitución de derechos		Convocatoria para la participación de las comunidades en campañas de vacunación, entre otras	Prestación del servicio para los usuarios que acuden a la unidad	Grupos de mujeres organizadas: parteras, comadronas, lideresas. Comités de salud grupos estudiantiles
Prevención del maltrato infantil	Trabajo coordinado con los centros de restitución de derechos	Actividades de prevención socializadas en escuela para padres	Actividades de prevención socializadas en escuela para padres	Acciones de capacitación a miembros de la comunidad	
ATENCIÓN AL ADOLESCENTE					
Promoción de la salud	Actividades con los centros De formación e información juvenil	Actividades con gobiernos estudiantiles	Actividades con los centros De formación e información juvenil	Actividades para fortalecer la red de servicios	
Prevención de la enfermedad					
Educación para la salud					
Atención de salud preventiva	Captación temprana de la embarazada en las comunidades	Referencia de embarazadas, incluidas en el sistema educativo a las unidades de salud para atención prenatal			Centros de personas privadas de libertad
Prevención del embarazo en adolescentes	Aplicación de la estrategia intersectorial de planificación familiar (ENIPLA)				Ministerio Coordinador de Desarrollo Social Coordinación de acciones de articulación con otros ministerios
Prevención del embarazo no deseado	Acciones de capacitación en planificación familiar con grupos de mujeres organizadas	Aplicación de estrategia ENIPLA, club de adolescentes, capacitación a docentes	Acciones de capacitación para el control de la natalidad y planificación familiar con la participación de líderes comunitarios		Comités de salud, organizaciones de mujeres, grupos de apoyo

ATENCIÓN A LA MUJER					
Promoción de la Prevención	Actividades de prevención, promoción y educación para mejorar el acceso a la atención para detección oportuna del cáncer de mama.		Actividades de prevención, promoción y educación para mejorar el acceso a la atención para detección oportuna del cáncer de mama.	Actividades de prevención, promoción y educación para mejorar el acceso a la atención para detección oportuna del cáncer de mama.	
Educación para la salud					
Atención de salud preventiva y de	Articulación según realidad de cada zona				
Atención a la mujer víctima de violencia intrafamiliar y de género	Atención de pacientes en los centros de restitución de derechos	Atención de pacientes en los centros de restitución de derechos	Talleres para padres y madres de familia, para prevención de la violencia	Acciones de difusión masiva para la prevención de la violencia	Líderes comunitarios
ATENCIÓN AL ADULTO					
Promoción de la salud	Actividades para prevenir y disminuir el consumo de alcohol y tabaco		Programas en centros de cuidado diario	Campanas de estilos de vida saludable	Ministerio de relaciones laborales, agricultura, minas, turismo, deportes
Prevención de la enfermedad	Acciones de prevención de enfermedades crónicas no transmisibles y		Programas en centros de cuidado diario	Campanas de prevención de enfermedades crónicas y degenerativas	Ministerio de relaciones laborales, agricultura, minas, turismo, deportes
Control del adulto sano			Brigadas de atención médica preventiva	Atención oportuna e integral	Ministerio de relaciones laborales, agricultura, minas,
ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR					
Educación (promoción) para la salud	Actividades para fomentar la alimentación y nutrición saludable		Programas en centros de cuidado diario	Promoción de actividad física y mantenimiento de actividades lúdicas y culturales	
Autocuidados, estilos de vida saludable	Actividades de capacitación con adultos mayores de centros gerontológicos apoyados por el MIES.		Programas en centros de cuidado diario	Clubs de diabéticos, crónicos,	
Educación sobre derechos de los adultos mayores			Actividades de capacitación con líderes		

Elaborado por Equipo de trabajo MAIS Y RPIS.

ANEXO 7 - ATRIBUCIONES DE LOS COMITÉS DE GESTIÓN DE LA RPIS

A NIVEL NACIONAL

7.1. Comité Directivo Nacional

- Está conformado por:
 - Ministra/o de Salud o su delegado
 - Presidente del Consejo Directivo del IESS o su delegado
 - Presidente del Consejo Directivo del ISPOL o su delegado
 - Presidente del Consejo Directivo del ISSFA o su delegado
 - Director Nacional de Salud de las Fuerzas Armadas o su delegado
 - Director Nacional de Salud de la Policía o su delegado
- La Secretaría de este Comité será la Subsecretaría de Gobernanza de la Salud.
- Sus competencias son:
 - Aprobar planes, programas y proyectos de desarrollo y lineamientos operativos, que permitan viabilizar la articulación entre las instituciones que conforman la RPIS.
 - Analizar los resultados del monitoreo y evaluación del desarrollo de la Red
 - Establecer lineamientos estratégicos para el desarrollo de la Red, en base a los resultados de integración y funcionamiento de la red.

- Para su funcionamiento, se establece:
 - Tres reuniones anuales
 - Reuniones extraordinarias a demanda de cualquiera de los miembros.

7.2. Comité Técnico interinstitucional de Gestión de la Red Pública Integral de Salud – Nacional

- Está conformado por:
 - Delegados/as de las instituciones que conforman la RPIS, identificados como Prestadores y Administradores/pagadores de Salud, estará presidido por el Delegado/a de la Autoridad Sanitaria como lo señala el Convenio Marco Interinstitucional en la obligación número 6, en el ámbito nacional.

INSTITUCIÓN	PRESTADORA / ADMINISTRADORA	REGULADORA	ADMINISTRADOR	PRESTADORA
Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS)	Seguro General de Salud Individual y Familiar (SGSIF)		X	
	Seguro Social Campesino (SSC)		X	X
Ministerio de Defensa	Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA)		X	
	Dirección de Salud de las Fuerzas Armadas (DISAFA)			X
Ministerio del Interior	Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL)		X	
	Dirección Nacional de Salud de la Policía Nacional (DNS)			X
Ministerio de Salud Pública	Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud	X		
	Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud			X
	Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud	X	X	

- La Secretaría Técnica del Comité de Gestión de la Red Pública Integral de Salud Nacional y sus subcomisiones, será de responsabilidad del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- El Comité de Gestión de la RPIS- Nacional, establecerá relaciones operativas con otras Instituciones Estatales, Instituciones Privadas, que integren el Sistema Nacional de Salud.
- Sus competencias son:
 - Elaborar, dar seguimiento y control de planes, programas y proyectos de desarrollo y operativos, que permitan viabilizar la articulación entre las instituciones que conforman la RPIS.
 - Establecer Subcomisiones Ad-Hoc para temas específicos (Equipos Técnicos de Trabajo), en un tiempo determinado para garantizar los resultados de la Red.
 - Planificar las acciones necesarias a ser ejecutadas por las instituciones de la Red de manera oportuna y eficiente en función del cumplimiento de las 21 obligaciones del Convenio Marco Interinstitucional.
 - Proponer la elaboración de normas, que se requieran para el desarrollo de la Red y del Comité Nacional, Zonal y distrital de Gestión de la Red Pública Integral de Salud.
 - Analizar y proponer soluciones en las áreas, en que se presenten nudos críticos, en la debida integración de los referidos niveles de atención, para que sean emitidas por la ASN
 - Proponer los mecanismos de Articulación entre distintos Establecimientos de Salud, para complementariedad de prestaciones en las macrorredes
 - Revisar de forma sistemática de la utilización de la atención de salud y perfilamiento de patrón de atención de salud (auditoría y feed-back).

- Proponer los mecanismos operativos nacionales para la suscripción de convenios o acuerdos con las instituciones, que conforman la RPIS.
 - Fortalecer el desarrollo de las capacidades técnicas e institucionales de los miembros de la RPIS.
 - Gestionar y planificar los recursos humanos, tecnológicos y físicos asignados
 - Establecer procesos de gestión y retroalimentación de información entre las instituciones miembros de la RPIS.
 - Difundir, informar y comunicar los resultados del Comité de Gestión de la RPIS a las autoridades de las instituciones miembros de la RPIS y público en general.
 - Gestionar el cumplimiento de los compromisos acordados en las reuniones de trabajo del Comité de Gestión de la RPIS.
 - Monitorear y evaluar los resultados de la RPIS.
- Para su funcionamiento, se establece:
 - El Comité se reunirá cada 15 días.
 - Las Subcomisiones se reunirán periódicamente de forma simultánea cada 15 días, será presidida y liderada por un representante del MSP-nivel central relacionado con el tema de la Subcomisión.
 - Reuniones extraordinarias a demanda de cualquiera de los miembros.
 - En todas las reuniones tanto del Comité Nacional como de las Subcomisiones, se levantará un acta con los acuerdos, compromisos, asistentes y la agenda de la próxima reunión, las que se entregarán a la Secretaría del Comité, que reposa en la Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud.

7.3. Comité de Gestión de la Red Pública Integral de Salud – Zonal

- Este Comité está conformado por:
 - Delegados/as de las instituciones que conforman la RPIS en la zona, identificados como Prestadores y Administradores/pagadores de salud, estará presidido por el Delegado/a de la Coordinación Zonal de Salud, se podrá invitar de acuerdo a la agenda a un representante de los prestadores privados.

INSTITUCIÓN	PRESTADORA / ADMINISTRADORA	REGULADORA	ADMINISTRADOR	PRESTADORA
Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS)	Seguro General de Salud Individual y Familiar (SGSIF)		X	X
	Seguro Social Campesino (SSC)		X	X
Ministerio de Defensa	Representante ISSFA		X	
	Representante de Dirección de Salud de las Fuerzas Armadas			X
Ministerio del Interior	Representante Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL)		X	
	Representante de la Dirección de Salud de la Policía Nacional			X
Ministerio de Salud Pública	Coordinador Zonal de Salud	X		
	Dirección Zonal de Provisión de Servicios de Salud			X
	Dirección Zonal de Gobernanza de la Salud y de Gestión de la RPIS	X	X	

- Sus atribuciones son:
 - Establecer, implementar y evaluar los planes, programas y proyectos de desarrollo y operativos de la RPIS.

- Coordinar las acciones necesarias que deben cumplir las instituciones de la Red en su jurisdicción para que brinden la atención integral de salud, de manera oportuna y eficiente.
 - Armonizar la demanda y la oferta del territorio y diseñar los flujos de atención entre los establecimientos de salud por nivel atención y capacidad resolutive, para garantizar el acceso efectivo.
 - Analizar y proponer estrategias de soluciones en las áreas, en que se presenten nudos críticos, con la debida integración de los referidos niveles de atención, para que sean emitidos por la ASN
 - Articular los distintos establecimientos de salud, para complementariedad de prestaciones en las redes zonales, a través de grupos de trabajo específicos.
 - Realizar la difusión de los resultados obtenidos a consecuencia de la gestión de la RPIS en su jurisdicción, a las autoridades de las instituciones miembros de la RPIS y población en general.
 - Establecer los mecanismos de comunicación adecuados entre los establecimientos de RPIS y de los proveedores de servicios de salud privados del nivel zonal.
 - Analizar las propuestas técnica y/o administrativas para establecer la factibilidad técnica, económica y operativa de los requerimientos recibidos.
 - Revisar de forma sistemática la utilización de los servicios de atención en salud y perfilamiento de patrón de atención de salud (auditoría y feed-back),
 - Gestionar el cumplimiento de los compromisos acordados en las reuniones de trabajo del Comité de Gestión de la RPIS.
 - Coordinar con otros actores del sector en el territorio, para la implementación de políticas o proyectos, que permitan cumplir las obligaciones señaladas en el Convenio Marco Interinstitucional para Integrar la RPIS.
 - Proponer al Comité de Gestión de la RPIS - Nacional la implementación de intervenciones específicas para el nivel zonal, con la finalidad de mejoramiento del acceso efectivo en el territorio.
 - Presentar informes trimestrales y anuales de los resultados obtenidos al Comité de Gestión de la RPIS - Nacional, a cargo del Delegado del Ministerio de Salud Pública como Presidente del Comité Zonal.
 - Coordinar los procesos de gestión y retroalimentación de información entre las instituciones miembros de la RPIS en su jurisdicción.
 - Preparar e implementar cursos, talleres, seminarios para capacitar y/o socializar temas clínicos relevantes de la RPIS.
 - Monitorear y evaluar los resultados de la RPIS.
- Para su funcionamiento, se establece:
 - Reuniones cada 8 días de forma alterna: el Comité y los equipos de trabajo de las subcomisiones.
 - Reuniones extraordinarias, si ameritan.

En todas las reuniones tanto del Comité Zonal como de las Subcomisiones Zonales se levantará un acta con los acuerdos, compromisos, asistentes y la agenda de la próxima reunión, las que se entregarán a la Secretaría del Comité Zonal, que reposa en la Dirección Zonal de Gobernanza de la Salud.

7.4. Comité de Gestión de la Red Pública Integral de Salud – Distrital

A nivel distrital, se organizan los establecimientos del Primer Nivel de Atención, con la finalidad de atender en el territorio a la población a su cargo, y transferirán usuarios, según su necesidad a otros niveles de mayor complejidad técnica, que sólo recibirán derivaciones desde el primer nivel de atención, conforme a las normas técnicas que para el efecto, ha emitido el Ministerio de Salud Pública, salvo en los casos de urgencia y otros que señalen las normas nacionales.

Estos establecimientos, tanto públicos como privados, estarán supeditados a las mismas reglas técnicas y financieras establecidas, y serán supervisados y coordinados por el cuerpo directivo del Distrito respectivo.

A nivel Distrital, se conforma la **Comisión de Gestión de RPIS-Distrital** tiene carácter asesor y de coordinación, proponiendo todas las medidas que se consideren necesarias para optimizar la adecuada y eficiente atención y desarrollo de los diferentes establecimientos de salud de diferente capacidad resolutive del primer nivel de atención.

- Este Comité está conformado por:

- Delegados y Delegadas de los establecimientos de salud de las instituciones que conforman la RPIS Distrital, estará presidido por el Delegado/a Provincial/Distrital de la Autoridad Sanitaria como lo señala el Convenio Marco Interinstitucional en la obligación número 6.

INSTITUCIÓN	PRESTADORA / ADMINISTRADORA	REGULADORA	PRESTADORA
Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS)	Representante de los establecimientos de salud de mayor complejidad del Seguro General de Salud Individual y Familiar (SGSIF)		X
	Representantes de los establecimientos de salud de mayor complejidad del Seguro Social Campesino (SSC)		X
Ministerio de Defensa	Representante de los establecimientos de salud de mayor complejidad de las Fuerzas Armadas		
Ministerio del Interior	Representante de los establecimientos de salud de mayor complejidad de la Policía Nacional		
Ministerio de Salud Pública	Director Distrital de Salud	X	
	Dirección Distrital de Provisión y Calidad de Servicios		X
	Responsable distrital de la Gestión de la RPIS	X	

- Son atribuciones del Comité de Gestión de la RPIS Provincial/Distrital las siguientes:
 - Diseñar, implementar y evaluar los planes, programas y proyectos de desarrollo y operativos para la articulación de la microred a cargo.
 - Coordinar las acciones necesarias, que deben cumplir los establecimientos de salud en su territorio para que brinden la atención integral de salud de manera oportuna y eficiente.
 - Armonizar la demanda y la oferta del territorio y diseñar los flujos de atención entre los establecimientos de salud por nivel atención y capacidad resolutive para garantizar el acceso efectivo.
 - Analizar y proponer soluciones en las áreas, en que se presenten nudos críticos, en la debida integración de los referidos niveles de atención
 - Realizar la difusión de los resultados obtenidos a consecuencia de la gestión de la RPIS en su jurisdicción, a las autoridades de las instituciones miembros de la RPIS y público en general.
 - Revisar los mecanismos de gestión, comunicación y retroalimentación adecuados entre los establecimientos de RPIS y de la RCS del nivel distrital.
 - Revisar de forma sistemática de la utilización de la atención de salud y perfilamiento de patrón de atención de salud (auditoría y feed-back),
 - Proponer al Comité de Gestión de la RPIS Zonal, la implementación de intervenciones específicas para el nivel distrital, basados en normas técnicas nacionales, con la finalidad de mejoramiento del acceso efectivo en el territorio.
 - Presentar informes trimestrales y anuales de los resultados obtenidos al Comité de Gestión de la RPIS Zonal, a cargo del Delegado del Ministerio de Salud Pública como Presidente del Comité Distrital.
 - Analizar las necesidades de capacitación, actualización y socialización para proponer al nivel zonal en temas relevantes de la microred.
- Para su funcionamiento, se establece:
 - Reuniones cada 8 días de forma alterna: el Comité y equipos de trabajo para tareas definidas.
 - Reuniones extraordinarias, si ameritan.

ANEXO 8 - ÁMBITO DE LA MICRORED

8.1 TABLA DE ACCESIBILIDAD DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE LA MICRORRED

Nombre de al Microred:

Distrito:....

Establecimiento	Categoría	Establecimiento de referencia	Categoría	Población	Tiempo Traslado a la Sede			Distancia a la sede	Tipo de vía
					vehículo	A pie	total		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)			(7)	(8)

1. Establecimiento de salud: Se registrará el nombre de cada establecimiento de salud.
2. Categoría: Establece la categoría del establecimiento de salud, según Acuerdo No 1203.
3. Establecimiento de referencia: Se consignará el nombre del Centro de salud de mayor capacidad resolutive, que se encuentre más cercano al establecimiento de salud
4. Categoría: Establece la categoría del establecimiento de referencia
5. Población: Se registra la población total de habitantes por establecimiento de salud)
6. Distancia: en kilómetros
7. Tiempo traslado a la sede: Registrar el tiempo, en MINUTOS, del establecimiento de salud a su Centro de Salud cabecera de la microred. Si es en vehículo y/o a pie.
8. Distancia a la sede: Consignar la distancia, en KILÓMETROS, del establecimiento de salud a su Centro de Salud cabecera de microred.
9. Tipo de vía: Anotar si el camino es asfaltado, de tierra, sin afirmar, mixto (asfaltado + sin afirmar, etc.).

8.2 FLUJOS DE ACCESIBILIDAD HACIA LOS OTROS NIVELES DE ATENCIÓN

Nombre de la Microred:

Distrito Provincia.....Zona.....

Establecimiento	Categoría	Establecimiento de referencia 2do y tercer nivel	Categoría	Población	Tiempo Traslado a la Sede			Distancia a la sede	Tipo de vía
					vehículo	A pie	total		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)			(7)	(8)

1. Establecimiento de salud: Se registrará el nombre de cada establecimiento de salud.
2. Categoría: Establece la categoría del establecimiento de salud, según Acuerdo No. 1203, que indica el nivel de atención y de complejidad de cada establecimiento.
3. Establecimiento de referencia: Se consignará el nombre del centro de especialidades u Hospital de segundo y el de tercer nivel que le corresponde, y que se encuentre más cercano al establecimiento de salud.
4. Categoría: Establece la categoría del establecimiento de referencia
5. Población: Se registra la población total de habitantes por establecimiento de salud
6. Distancia: en Km

7. Tiempo traslado a la sede: Registrar el tiempo, en MINUTOS, del establecimiento de salud a su Centro de Salud cabecera de la microred. Si es en vehículo y/o a pie.
8. Distancia a la sede: Consignar la distancia, en KILÓMETROS, del establecimiento de salud a su Centro de Salud cabecera de microred.
9. Tipo de vía: Anotar si el camino es asfaltado, de tierra, sin afirmar, mixto (asfaltado + sin afirmar, etc.).

ANEXO 9. TIPOLOGÍA DE UNIDADES

El MSP con la finalidad de homologar los establecimientos de servicios de salud en los tres niveles de atención en el sector salud, ha establecido un consenso sobre la tipología de unidades operativas por nivel atención y complejidad.

NIVELES DE ATENCIÓN, NIVELES DE COMPLEJIDAD, CATEGORÍA Y NOMBRES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD			
Niveles de atención	Niveles de Complejidad	Categoría de establecimientos de salud	Nombre
Primer Nivel de Atención	1° Nivel de complejidad	I-1	Puesto de salud
	2° Nivel de complejidad	I-2	Consultorio general
	3° Nivel de complejidad	I-3	Centro de salud A
	4° Nivel de complejidad	I-4	Centro de salud B
	5° Nivel de complejidad	I-5	Centro de salud C
Segundo Nivel de Atención	AMBULATORIO		
	1° Nivel de complejidad	II-1	Consultorio de especialidad (es) clínico - quirúrgico
		II-2	Centro de especialidades
	2° Nivel de complejidad	II-3	Centro clínico - quirúrgico ambulatorio (Hospital del Día)
	HOSPITALARIO		
	3° Nivel de complejidad	II-4	Hospital Básico
4° Nivel de complejidad	II-5	Hospital General	
Tercer Nivel de Atención	AMBULATORIO		
	1° Nivel de complejidad	III-1	Centros especializados
	HOSPITALARIO		
	2° Nivel de complejidad	III-2	Hospital especializado
3° Nivel de complejidad	III-3	Hospital de especialidades	
Cuarto Nivel de Atención	1° Nivel de complejidad	IV-1	Centros de experimentación clínica de alta especialidad

SERVICIOS DE APOYO.-

Apoyo diagnóstico y terapéutico transversal a los Niveles de Atención

Establecimiento	Característica	Categoría de establecimientos de salud
Radiología e Imagen	Radiología e Imagen de baja complejidad	ReI-1
	Radiología e Imagen de mediana complejidad	ReI-2
	Radiología e Imagen de alta complejidad	ReI-3

Establecimiento	Característica	Categoría de establecimientos de salud
Laboratorio de Análisis Clínico	Laboratorio de análisis clínico de baja complejidad	LAC-1
	Laboratorio de análisis clínico de mediana complejidad	LAC-2
	Laboratorio de análisis clínico de alta complejidad	LAC-3
	Laboratorio de análisis clínico de Referencia	LAC-4
Establecimiento	Característica	Categoría de establecimientos de salud
Laboratorio de Anatomía Patológica	Laboratorio de Anatomía Patológica de mediana complejidad	LAP-2
	Laboratorio de Anatomía Patológica de alta complejidad	LAP-3
	Laboratorio de Anatomía Patológica de Referencia	LAP-4

Establecimiento	Característica	Categoría de establecimientos de salud
Laboratorio Fisiológico - Dinámico	Cardiovascular	LFD-CV
	Respiratorio	LFD-R
	Músculo-esquelético	LFD-ME
	Neurofisiológico	LFD-NF
	Metabólico	LFD-M
Establecimiento	Característica	Categoría de establecimientos de salud
Servicios de Sangre	Centro de Colecta	CC-1
	Centro de Colecta y Distribución	CCD-2
	Banco de Sangre	BS-2
	Hemocentro	H-3
Establecimiento	Categoría de establecimientos de salud	
Banco de Tejidos y/o Células	BTC	
Establecimiento	Característica	Categoría de establecimientos de salud
Centros de Diagnóstico Integral	CDI de baja complejidad	CDI- 1
	CDI de mediana complejidad	CDI- 2
	CDI de alta complejidad	CDI- 3
Establecimiento	Característica	Categoría de establecimientos de salud
Centros de Rehabilitación Integral	CRI de baja complejidad	CRI 1
	CRI de mediana complejidad	CRI 2
	CRI de alta complejidad	CRI 3

SERVICIO DE ATENCIÓN DE SALUD MÓVIL.

- Apoyo transversal a todos los niveles de atención.

Servicio de ambulancias:

Establecimiento	Característica		Categoría de establecimientos de salud
Vehículos de transporte y asistencia sanitaria/Ambulancias	Transporte Primario o de Atención Prehospitalaria	Vehículo de asistencia y evaluación rápida	VAER
		Ambulancia de soporte vital básico	ASVB
		Ambulancia de soporte vital avanzado	ASVA
	Transporte Secundario	Ambulancia de transporte simple	ATS
		Ambulancia de especialidad: cuidados intensivos	AE-CI
		Ambulancia de especialidad: neonatología	AE-N
	Transporte Primario y Secundario	Transporte Sanitario Aéreo/Ambulancia Aérea	AaA
		Transporte Sanitario Acuático/Ambulancia Acuática	AcA

Servicio ambulatorio móvil de atención y apoyo:

Establecimiento	Característica	Categoría de establecimientos de salud
Unidades móviles de atención	Unidad móvil general	UM-G
	Unidad móvil quirúrgica	UM-Q
	Hospital móvil	HM
Unidades móviles de apoyo	Unidad móvil de diagnóstico oncológico	UM-DO
	Unidad móvil de radiología e imagen	UM-RI
	Unidad móvil de colecta de sangre	UM-CS

FUENTE: Acuerdo Ministerial No. 1203. 2012 o el documento legal que lo reemplace.

ANEXO 10 - INVENTARIO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Distrito
 Provincia....
 Zona.....

Nombre del establecimiento	Tipo ESS	No camas	Comunidad	Institución de dependencia	Naturaleza institución	Barrio	Parroquia	Dirección	Teléfono
(1)	(2)		(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)

- 1) Nombre de establecimiento
- 2) Tipo de establecimiento: utilizar tipología normada
- 3) Comunidad: nombre
- 4) Institución de dependencia: MSP, IESS (SGSIF, SSC), FFAA, Policía, Gas, otros
- 5) Naturaleza de la Institución: pública, privada, sin fines de lucro PSFL, privada con fines de lucro CFL
- 6) Barrio: nombre
- 7) Parroquia: nombre
- 8) Dirección: calles y número
- 9) Teléfono: directo del responsable

ANEXO 11 - FLUJOS DE ACCESIBILIDAD EN EL DISTRITO

Distrito Provincia.....Zona.....

CIRCUITO:.....

Territorio	Provincia	Distrito	Categoría	Población	Distancia	Tiempo traslado			Tipo de vía	ESS 1er nivel + cercano	2do ESS 1er nivel + cercano
						Vehículo	A pie	Total			
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)			(8)	(9)	(10)

- 1) Territorio: se anotará nombre
- 2) Provincia: nombre según corresponda
- 3) Distrito: nombre según corresponda
- 4) Categoría: Referido a la calificación conocida del territorio; si es comunidad, parroquia, barrio, ciudad

- 5) Población: Se registra la población total de habitantes por territorio (anotar fuente INEC o auto censo)
- 6) Distancia: en kilómetros
- 7) Tiempo traslado: Consignar el tiempo, en MINUTOS, del centro poblado al establecimiento de salud más cercano. Si es en vehículo y/o a pie.
- 8) Tipo de vía: Anotar si el camino es asfaltado, de tierra, sin afirmar, mixto (asfaltado más material, sin afirmar, etc.).
- 9) Establecimiento de salud más cercano: Registrar el nombre del establecimiento de salud más cercano al territorio poblado, dentro del ámbito previamente establecido
- 10) Segundo establecimiento de salud más cercano: Registrar el nombre del segundo establecimiento de salud más cercano del Territorio, dentro del ámbito previamente definido.

ANEXO 12 - PROCEDIMIENTOS PARA EL CÁLCULO DE ACTIVIDADES Y/O PRESTACIONES

Como mínimo deben calcularse por establecimiento de salud y centro de responsabilidad/tipo de prestación y especialidad lo siguiente:

Cobertura actual

- Actividades extramurales:
 - Visitas domiciliaria de primera vez (adscripción y detección de riesgos).
 - Otros
- Consulta preventiva
- Consulta de morbilidad:
 - Medicina general
 - Por tipo d especialidad
 - Egresos x tipo de hospital
- Coeficientes técnicos/criterios de ordenación:
 - No de consultas preventivas por cada consulta de morbilidad
 - N° de controles anuales por cada consulta nueva de especialidad
 - N° de procedimientos ambulatorios por cada consulta nueva de especialidad
 - N° de intervenciones quirúrgicas ambulatorias por cada consulta nueva de especialidad quirúrgica
 - N° de altas por cada consulta médica de especialidad
 - N° Promedio de días cama por egreso
 - N° Promedio de días cama UCI y UTI por egreso
 - N° de Procedimientos hospitalarios por egreso
 - N° de Intervenciones quirúrgicas por egreso
 - N de hospitalizaciones por consultas ambulatorias de especialidad
 - Pertinencia de las referencias desde los otros centros
 - Porcentaje de referencia sobre el total de consultas

- No. de egresos de cirugías de urgencia sobre las electivas,
- Porcentaje de consultas de urgencia no pertinentes
- Porcentaje de contrarreferencias (son las altas de las consultas de especialidades y/o egresos)

ANEXO. 13 - CONJUNTO DE PRESTACIONES INTEGRALES DE SALUD

1. ATENCIÓN A LA COMUNIDAD

1.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD

1. PRÁCTICAS DE VIDA SALUDABLES	CONTENIDO		
<ul style="list-style-type: none"> • Incorporación progresiva y sistemática de la población a prácticas saludables 	Promoción de la actividad física/ejercicio físico		
	Enseñando la práctica del ejercicio físico colectivo		
	Creación de espacios recreativos, ejercicio físico y otros		
	Actividades lúdicas y artísticas, juegos tradicionales y otros		
<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de estrategias para la construcción de espacios de diálogo sobre prácticas saludables 	<ul style="list-style-type: none"> • Derechos (salud, diversidad, aceptación de la discapacidad) • Promoviendo los derechos de las personas a los servicios de salud • Derechos sexuales y reproductivos, equidad de género, planificación familiar, métodos anticonceptivos, • Interculturalidad • Prácticas de higiene, • Salud mental: uso del tiempo libre, fomento de la autoestima • Alimentación saludable con énfasis en grupo prioritarios; lactancia materna exclusiva y continuada, mujeres embarazadas, preescolares, escolares, adolescentes, adulto mayor etc. • No al consumo de sustancias adictivas : tabaco, alcohol y drogas • Campañas para fomentar auto identificación étnica • Cambio climático • Buen trato, cultura de paz , no violencia de género ni intrafamiliar • Fomento de la Participación social. 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Acciones colectivas de promoción de prácticas saludables en comunidad, instituciones educativas, medio laboral, etc., de acuerdo a las necesidades identificadas a nivel territorial 	<ul style="list-style-type: none"> • Brigadas de actividad física, nutrición, derechos y buen trato • Colonias vacacionales: buen trato en niños, niñas y adolescentes y adultos mayores. • Ferias de la salud y el Buen Vivir • Campañas, marchas de promoción de derechos y prácticas saludables • Huertos familiares, comunitarios 	
		<ul style="list-style-type: none"> • Redes sociales apoyo, encuentros, festivales de integración, grupos de pares, clubs para autocuidado 	Organizaciones juveniles (jóvenes , adolescentes)
			Mujeres embarazadas, puérperas, madres de niños menores de un año
			Personas con enfermedades crónicas
	Personas con discapacidad y/ deficiencias		
	Personas con adicciones		
	Grupos de Autoayuda y promoción del buen trato		
	Organizaciones sociales		
	Creación de áreas comunitarias para rehabilitación básica, orientación de la familia y la persona con discapacidad		
<ul style="list-style-type: none"> • ENTORNOS SALUDABLES 	CONTENIDO		
<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de riesgos en entornos comunitario, instituciones educativas , laboral, mercados, parques 	Componente de salud en escuelas del buen vivir , incluyendo bares escolares y centros de cuidados		
	Baterías sanitaria		
	Agua segura		
	Espacios recreativos		
	Espacios verdes y jardines		
	Huertos familiares, comunitarios, escolares, etc. de alimentos saludables ancestrales y de otros que demuestren poder terapéutico y nutricional según territorio.		
	Riesgos ambientales y efectos en la salud		
	Disposición adecuada de desechos sólidos, y líquidos,		

• PARTICIPACION SOCIAL	CONTENIDO
• Participación ciudadana en la toma de decisiones en salud	Identificación actores sociales
	Inventario de medios de comunicación locales.
	Conformación de Consejos locales de salud, según territorio
	Elaboración del diagnóstico local en salud
	Elaboración, implementación y evaluación del Plan Local de Salud
	Elaboración, implementación y evaluación del Plan Distrital de Salud
	Elaboración, implementación y evaluación del Plan Zonal de Salud
• Fomento del seguimiento y control social a la gestión de lo público	Rendición de Cuentas,
	Libre acceso y Transparencia de la Información,
	Observatorios y Consulta Previa.
	Encuentros, cumbres, mítines, otros
	Vigilancia de los servicios de salud
	Veedurías
• Participación en espacios de coordinación intersectorial	Promover participación de todos los actores en los procesos de desarrollo integral del territorio y específicamente de Salud, a través de mesas intersectoriales conformadas por los diferentes ministerios desconcentrados y los GAD.
	<ul style="list-style-type: none"> • Promover la acción intersectorial para incidir en los determinantes de la salud y mejorar así las condiciones de salud de la población.

1.2 PREVENCIÓN COLECTIVA

LÍNEA DE ACCIÓN	CONTENIDO
• Planes de contingencia y evacuación en desastres naturales y/o emergencias químicas	Difusión y simulacro 1 vez al año
	Según riesgo establecido y de acuerdo normas
• Prevención, vigilancia y Control de vectores	Según norma
• Prevención, vigilancia y Control de zoonosis.	Según norma
• Identificación, comunicación - educación para el manejo de problemas y riesgos: vigilancia de calidad de agua, vigilancia de eliminación de desechos sólidos, vigilancia de excretas, vigilancia de plaguicidas, vigilancia y control de vectores, vigilancia comunitaria de violencia, maltrato, drogas, alcohol, etc.	Según norma
• Prevención de accidentes domésticos, trabajo, instituciones educativa y tránsito	Según norma
• Prevención de farmacodependencias (Construcción de redes de apoyo comunitario para fomentar autoestima, salud mental y proteger a niños, niñas y adolescentes de las adicciones.	Según norma
o Estrategia de salas de espera, como parte de la atención intramural.	Según norma
o Detección e intervención de grupos de atención prioritaria en SS y SR: trabajadoras/es sexual, adolescentes, embarazadas, personas viviendo con VIH, mujeres embarazadas con enfermedades crónicas.	Según norma
• Organización de brigadas de atención de salud integral en las comunidades alejadas,	Comunidades de difícil acceso
	Sin servicios de salud cercanos
	Grupos de diferentes nacionalidades y etnias
• Sistema de Vigilancia Comunitaria en Salud• Sistema de Vigilancia Comunitaria en Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilancia de muertes infantiles • Salud Ambiental • Vigilancia de muertes maternas.
	<ul style="list-style-type: none"> • Otras condiciones de riesgo
	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de medidas epidemiológicas oportunas con la participación de la comunidad.
	<ul style="list-style-type: none"> • Según norma
• Identificación de eventos centinelas	

2. ATENCIÓN FAMILIAR

LÍNEA DE ACCIÓN	CONTENIDO
1. Visita domiciliaria inicial:	1 al año: Al menos 7 familias (1 hora) al día en zona urbana y 4 familias (2 horas) al día en zonas rurales
• Adscripción	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de la ficha familiar: llenado, análisis y planes de atención a nivel individual y familiar, revisar si domicilio es permanente o temporal • Registro de actividades. • Evaluación del medio físico y ambiente humano. • Detección de riesgos biológicos, sanitarios, socio-económicos y determinación de factores protectores.
• Detección, captación temprana, referencia y seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Recién nacido • Mujeres en edad fértil para anticoncepción, atención embarazadas y madre post parto • Mujeres y hombres en edad fértil para asesoría en anticoncepción y anticoncepción de emergencia • Grupos de riesgo (niños y jóvenes en situación de riesgo, adolescentes embarazadas, personas con conductas de riesgo, adultos mayores en riesgo, deficiencias o discapacidades). • Tabaquismo y consumo de alcohol • Casos de maltrato y violencia de género (situaciones de homofobia dentro de la familia) • Personas con discapacidad. • Personas con drepanocitosis (ZONAS DE RIESGO) • Deficiencias congénitas y adquiridas.
• Identificación y referencia, en caso de requerirlo	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescentes, VIH, ITS y violencia • Patrones educativos a sus hijos • Crisis normativas y para normativas a lo largo del ciclo vital
• Estimulación temprana en caso de deficiencias en la primera infancia.	<ul style="list-style-type: none"> • Según norma
• Atención, valoración en salud oral.	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción y prevención para la conservación de la salud oral y referencia • Atención integral y rehabilitación para la recuperación de la salud oral(campañas para la reposición de las piezas dentales perdidas) • Identificación y atención en casos de problemas de salud oral por maltrato intrafamiliar. • Familias en riesgo.
• Profilaxis de anemia y parasitosis intestinal en niños y adolescentes.	<ul style="list-style-type: none"> • Según norma
• Detección, atención básica, captación, clasificación, seguimiento y referencia	<ul style="list-style-type: none"> • Morbilidad prevalente. • Casos de riesgo y con problemas específicos y enfermedades. • Pacientes contra referenciados de otros niveles de atención. • Rehabilitación dependiendo del tipo de discapacidad.
• Promoción, información y educación	<ul style="list-style-type: none"> • Para una familia saludable • La participación social y comunitaria en salud. • Para organización de grupos específicos.
• Vigilancia de muertes infantiles y maternas.	<ul style="list-style-type: none"> • En la familia
• Detección, registro y reporte de enfermedades de notificación obligatoria.	<ul style="list-style-type: none"> • Según norma
• Monitoreo de actividades implementadas posterior a la intervención del equipo de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Según norma
2. Visitas de Salud a familias en riesgo	Contenido
Al menos 1 x mes según norma	<ul style="list-style-type: none"> • Asesoramiento preventivo, apoyo técnico, psicológico y social a familia y a paciente tercera edad y en situaciones de crisis • Monitoreo de actividades implementadas posterior a la intervención del equipo de salud • Seguimiento de casos y referencia a otros servicios públicos de acuerdo a necesidades (intervención intersectorial)

3. ATENCIÓN A LAS PERSONAS POR CICLO DE VIDA

3.1 RECIÉN NACIDO (0 A 28 DÍAS)

No	PRESTACIONES	CONTENIDO
1.	PRESTACIONES PREVENTIVAS	
1.1	R.N en el parto normal	
a.	Atención de recién nacidos/as,	Medición de APGAR, detección riesgo (asfixia, prematurez, SDR, sepsis, bajo peso, desnutrición), según normas MSP
b.	Detección de otros riesgos	Antecedentes de enfermedad aguda grave en la madre o en el R. N.; Antecedentes de enfermedad crónica en la madre; Dificultades o rechazo a la lactancia.
c.	Asesoría (información, educación y comunicación) a padres o cuidadores	Para cuidado básico, en alta y en cada pre y post consulta <ul style="list-style-type: none"> • Estimulación a niños con y sin alto riesgo • Promover la autoconfianza de los padres en el cuidado del niño/a y fortalecer el vínculo afectivo. • Informar a padres y/o cuidadores de la importancia de la vacunación, estimulación psicomotriz. • Generar mecanismos de motivación para que acuda a los controles en la unidad operativa. • Comunicar a los padres y/o cuidadores acerca de variaciones benignas y comunes en el desarrollo del niño/a, así como en el comportamiento del recién nacido, y, cuando corresponda, confirmar la salud satisfactoria del niño/a.
d.	Exámenes de laboratorio:	TSH, glucosa, grupo, factor, bilirrubinas. Tamizaje metabólico, auditivo y sensorial
1.2	R.N 0 A 28 DIAS	CONTENIDO
1.2.1	Consulta a RN:	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del desarrollo físico (valoración nutricional) , neuromuscular y psicomotriz según edad • Detección de riesgos: agudeza visual, auditiva, neurosensorial y tamizaje de patologías prevalente – TMN. • Detección, prevención y consejería de infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA.
a.	Inmunizaciones:	BCG: Al recién nacido (1) Hepatitis B (1)
b.	Asesoría (información, educación y comunicación):	Para cuidado básico, en alta y en cada pre y post consulta Consejería para cuidado básico, indicación sobre lactancia materna exclusiva hasta el 6 Mes Estimulación a niños con y sin alto riesgo Enfermedades diarreicas y respiratorias frecuentes en el R.N. <ul style="list-style-type: none"> • Promover la autoconfianza de los padres en el cuidado del niño/a y fortalecer el vínculo afectivo. • Informar a padres y/o cuidadores de la importancia de la vacunación, estimulación psicomotriz.
c.	Suplemento de micronutrientes	Según norma
d.	Referencia:	Si RN complicados
1.2.2	VISITA DOMICILIARIA	CONTENIDO
	Si no acuden a control o se identifica riesgo.	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y seguimiento de RN y familias captadas con riesgos. • Búsqueda activa de riesgos, con el fin de desarrollar una intervención oportuna. Los riesgos pueden ser clasificados de acuerdo a la ficha familiar. • Identificación de RN nacidos en domicilio (captación dentro de las primeras 48 horas y monitoreo telefónico). • Identificación de RN hijo de familias que estuvieron en seguimiento como familia de riesgo. • Apoyo a adherencia del tratamiento ARV a pacientes identificados y supresión de la lactancia • Identificación de RN hijos de madres con sífilis, VIH, tuberculosis, con discapacidad. • Identificación de problemas en la lactancia. • Identificación de violencia intrafamiliar. • Identificación de consumo de sustancias, tabaquismo. • Identificación de otros determinados por el equipo de salud.

2.	PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN	CONTENIDO
2.1	PRESTACIONES DE EMERGENCIA	
2.1.1	Atención prehospitalaria	Coordinación y transporte primario
2.1.2.	Consulta de urgencias, emergencia y procedimiento ambulatorio o indicación de hospitalización	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y manejo de lesiones traumáticas y de tejidos blandos (curación y suturas). • Diagnóstico y tratamiento y/o estabilización de esguinces, luxaciones y fracturas de extremidades. • Diagnóstico y tratamiento de otras emergencias médicas
a.	Laboratorio Clínico	Según GPC
b.	Imagen	Según GPC
c.	Referencia y transporte secundario	De acuerdo a la capacidad resolutive al momento del triage
2.2	PRESTACIONES PARA ATENCION A LA MORBILIDAD	
2.2.1	Consulta Externa General de morbilidad aguda y/o control de crónicos en I nivel:	Atención de la patología más frecuente en niños (normal o complicado). <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento de enfermedades prevalentes de la infancia. • Diagnóstico y tratamiento de enfermedades de la región, provincia. • Diagnóstico temprano de deficiencias para evitar que se transforme en deficiencias y/o discapacidad. • Seguimiento de laboratorio a expuestos perinatales de ITS y/o VIH
2.3	PRESTACIONES /Ambulatoria Especializada en II o III nivel de acuerdo a capacidad resolutive	
	Consulta Externa Especializado:	Atención de la patología más frecuente en RN (complicado y de atención de especialidades).
2.4	PRESTACIONES DE HOSPITALIZACION en II o III nivel de acuerdo a capacidad resolutive	
2.4.1	• Clínica	• Diagnóstico, tratamiento y manejo de pacientes que requiere hospitalización clínica
2.4.2	• Quirúrgica	• Diagnóstico, tratamiento y manejo de pacientes que requiere hospitalización quirúrgica
2.4.3	• UTIM	• Diagnóstico, tratamiento y manejo de problemas que necesita UTIM-
2.4.4	• UCI	• Diagnóstico, tratamiento y manejo de problemas que necesita UCI
3.	PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN	
3.1	Básica - 1er nivel	
	• Actividades de psico-rehabilitación basadas en la comunidad.	Estimulación temprana integral
	• Actividades de rehabilitación para disfuncionalidades y/o ayudas técnicas	Terapia Física, sensorial
3.2	Intermedia - II nivel	
	• Actividades de psico-rehabilitación.	Estimulación Temprana especializada
	• Actividades de rehabilitación de fracturas o esguinces.	T. psicomotriz
	• Actividades de rehabilitación para disfuncionalidades y/o ayudas técnicas	T. ocupacional T. lenguaje
3.3	Avanzada - III nivel	
	• Actividades de rehabilitación de fracturas o esguinces	T. psicomotriz, elaboración de ortesis y prótesis Laboratorio de Marcha
	• Actividades de rehabilitación para disfuncionalidades y/o ayudas técnicas	Psico-rehabilitación T. ocupacional T. lenguaje T. neurológica (neuro rehabilitación) T. Pulmonar-cardíaca Ayudas Técnicas
4.	PRESTACIONES DE CUIDADOS PALIATIVOS	
	Atención Integral por niveles de atención	<ul style="list-style-type: none"> • Atención a síntomas e integración familiar -I nivel • Atención de corta y mediana estancia- II nivel • Atención institucionalizada de larga estancia - III nivel

3.2 NIÑO DE 1 MES A 12 MESES

No	PRESTACIONES	CONTENIDO
1.	PRESTACIONES PREVENTIVAS	
1.1	Control de 28 días a < 1 año	Al menos 6 consultas
a.	Consulta de crecimiento y desarrollo:	Evaluación del bienestar del lactante, estado nutricional, detección de riesgo visual y auditiva y displasia evolutiva de cadera (incluye prevención del maltrato), motricidad social, detección de deficiencia y/o discapacidad, detección anomalías congénitas o problemas adquiridos; prevención de caries dentales <ul style="list-style-type: none"> Evaluación de salud mental: detección de problemas en el desarrollo (lenguaje, motricidad, social), violencia,
b.	Detección de riesgos según normas del MSP	<ul style="list-style-type: none"> Detección de la agudeza visual y ceguera en niños. Tamizaje metabólico y auditivo Detección, prevención y consejería de infecciones de transmisión sexual y VIH Detección de desnutrición: suplemento de micronutrientes, según metas en grupos de edad.
c.	Suplementación alimentaria	Complemento alimentario de acuerdo a norma vigente
d.	Administración micronutrientes	Suplementación hierro mensual y Vit. A, cada dos meses después del 6to mes
e.	Inmunizaciones según norma MSP	Antipolio: 3 dosis Pentavalente (DPT+H-B+Hib): 3 dosis Influenza pediátrica (a los 6 meses y solo en campaña).
f.	Asesoría (información, educación y comunicación) a padres sin y con riesgo	En cada pre y post consulta <ul style="list-style-type: none"> Promover de la autoconfianza de los padres en el cuidado del niño/a, fortalecer el vínculo afectivo. Informar a padres y/o cuidadores de la importancia de la vacunación, lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, lactancia mixta a partir de los seis meses, alimentación complementaria y ablactación según esquema. Informar a padres y/o cuidadores de la importancia de la higiene, salud bucal, riesgos de accidentes en el hogar, derechos de los niños. Promover la estimulación psicomotriz y de lenguaje, prevención de discapacidades, ayudas técnicas. Generar mecanismos de motivación para que acuda a los controles mensuales en la unidad operativa. Comunicar a los padres y/o cuidadores acerca de variaciones benignas y comunes en el desarrollo del niño/a, así como en el comportamiento del lactante, y, cuando corresponda, confirmar la salud satisfactoria del niño/a.
1.2	ATENCIÓN DE SALUD BUCAL	CONTENIDO <ul style="list-style-type: none"> Prevención de la caries. Revisión de primera dentición
1.3	VISITA DOMICILIARIA	CONTENIDO
	Si no acuden a control o se identifica riesgo.	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico y seguimiento de pacientes y familias captadas con riesgos. Búsqueda activa de riesgos, con el fin de desarrollar una intervención oportuna. Los riesgos pueden ser clasificados de acuerdo a la ficha familiar. Identificación de RN nacidos, en domicilio (captación dentro de las primeras 48 horas y monitoreo telefónico). Identificación de RN hijo de familias que estuvieron en seguimiento como familia de riesgo. Identificación de RN hijos de madres con sífilis, VIH, tuberculosis, con discapacidad. Identificación de problemas en la lactancia. Identificación de violencia intrafamiliar. Identificación de consumo de sustancias, tabaquismo. Identificación de otros determinados por el equipo de salud.
2	PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN	CONTENIDO
2.1	PRESTACIONES DE EMERGENCIA	

2.1.1	Atención prehospitalaria	Coordinación de llamadas y transporte primario
2.1.2	Consulta de emergencia y procedimiento ambulatorio o indicación de hospitalización	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y manejo de lesiones traumáticas y de tejidos blandos (curación y suturas). • Diagnóstico y tratamiento y/o estabilización de esguinces, luxaciones y fracturas de extremidades. • Diagnóstico y tratamiento de otras emergencias médicas
a.	Laboratorio Clínico	Según GPC
b.	Imagen	Según GPC
c.	Referencia y transporte secundario	
2.1.3	PRESTACIONES DE CONSULTA AMBULATORIA GENERAL	
a.	Consulta Externa General de morbilidad aguda y/o control de crónicos en I nivel:	<p>Atención de la patología más frecuente en niños (normal o complicado).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento de enfermedades prevalentes de la infancia. • Diagnóstico y tratamiento de enfermedades de la región, provincia. • Diagnóstico de deficiencias para evitar que se transforme en discapacidad. • Seguimiento de laboratorio a expuestos perinatales de ITS y/o VIH
2.2.3	PRESTACIONES AMBULATORIA ESPECIALIZADA en II o III nivel de acuerdo a capacidad resolutive	
	Consulta Externa Especializado:	Atención de la patología más frecuente en niño (complicada y de atención de especialidades).
2.2.4	PRESTACIONES DE HOSPITALIZACION en II o III nivel de acuerdo a capacidad resolutive	
a.	• Clínica	• Diagnóstico, tratamiento y manejo de pacientes que requiere hospitalización clínica
b.	• Quirúrgica	• Diagnóstico, tratamiento y manejo de pacientes que requiere hospitalización quirúrgica
c.	• UTIM	• Diagnóstico, tratamiento y manejo de problemas que necesita UTIM-
d.	• UCI	• Diagnóstico, tratamiento y manejo de problemas que necesita UCI-
3.	PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN	
3.1.	Básica - 1er nivel	
	• Actividades de psico rehabilitación basadas en la comunidad.	Estimulación temprana integral
	• Actividades de rehabilitación para disfuncionalidades y/o ayudas técnicas	Terapia Física, sensorial
3.2	Intermedia - II nivel	
	• Actividades de psico rehabilitación basadas en la comunidad.	Estimulación Temprana especializada
	• Actividades de rehabilitación de fracturas o esguinces.	T. Psicomotriz
	• Actividades de rehabilitación para disfuncionalidades y/o ayudas técnicas	T. ocupacional T. lenguaje
3.3	Avanzada - III nivel	
	• Actividades de rehabilitación de fracturas o esguinces en el primer nivel de atención.	T. Psicomotriz, elaboración de ortesis y prótesis Laboratorio de Marcha
	• Actividades de rehabilitación para disfuncionalidades y/o ayudas técnicas	Psico-rehabilitación T. ocupacional T. lenguaje T. neurológica (neuro rehabilitación) T. Pulmonar-cardíaca Ayudas Técnicas
4.	PRESTACIONES CUIDADOS PALIATIVOS	
	Atención integral por niveles de atención	<ul style="list-style-type: none"> • Atención a síntomas e integración familiar -I nivel • Atención de corta y mediana estancia- II nivel • Atención institucionalizada de larga estancia - III nivel

3.3 NIÑO/AS DE 1 A 4 AÑOS

No	PRESTACIONES	CONTENIDO
1.	PRESTACIONES PREVENTIVAS	
1.1	Consulta crecimiento y desarrollo:	Estado nutricional, neuromuscular y psicomotriz,
a.	1 hasta los dos años. Semestral hasta los 5 años:	Detección riesgo, según norma MSP
		<ul style="list-style-type: none"> Detección de deficiencias y/o discapacidad, sensoriales, metabólicas, anomalías congénitas, aptitud intelectual, y tamizaje de patologías prevalentes, pie plano. Incluye prevención del maltrato.
		Búsqueda de sintomáticos respiratorios
		Detección febriles según norma
		<ul style="list-style-type: none"> Detección de problemas en el desarrollo (lenguaje, motricidad, social), aptitud intelectual, violencia. Antecedente de consumo de sustancias, tabaquismo en padre/ madre.
		<ul style="list-style-type: none"> Detección, prevención y consejería de infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA.
		<ul style="list-style-type: none"> Detección de desnutrición: suplemento de micronutrientes, según metas en grupos de edad.
		<ul style="list-style-type: none"> Seguimiento de entrega de sucedáneo de la leche materna y la realización de los controles de laboratorio en niños hijos de madres VIH
		<ul style="list-style-type: none"> Establecer la condición de serorevertor a hijos de madre VIH, con exámenes de laboratorio hasta las 18 meses
		<ul style="list-style-type: none"> Referencia de casos problemas.
b.	Asesoría (información, educación y comunicación)	En cada pre y post consulta
		<ul style="list-style-type: none"> Promover la autoconfianza de los padres en el cuidado del niño/a, fortalecer el vínculo afectivo Informar a padres y/o cuidadores de la importancia de la vacunación, lactancia materna hasta los dos años, alimentación complementaria. Informar a padres y/o cuidadores de la importancia de la higiene, salud bucal, riesgos de accidentes en el hogar, derechos de los niños. Promover la estimulación psicomotriz y de lenguaje, prevención de discapacidades, ayudas técnicas. Prevención del maltrato, accidentes y deficiencias. Aplicación de instrumentos para prevención y auxilio del niño maltratado y otras normas relacionadas Promover la alimentación saludable. Comunicar a los padres y/o cuidadores acerca de variaciones benignas y comunes en el desarrollo del niño/a, así como en el comportamiento del lactante, y, cuando corresponda, confirmarles la salud satisfactoria del niño/a.
c.	Suplementación alimentaria	Según norma vigente
d.	Administración micronutrientes	Sulfato ferroso y Vit A cada dos mes después del 6to mes al 36 mes
e.	Tratamiento antiparasitario	1 vez al año
f.	Immunizaciones	SRP: primera dosis a los 12 meses y segunda dosis conforme norma
		Refuerzo de DPT
		Refuerzo polio
		Varicela
		Fiebre amarilla
		Influenza (sólo en campaña)
g.	Otras prestaciones preventivas	
1.2	Consulta oftalmológica	Valoración de agudeza y/o ceguera visual,
1.3	Consulta Audiológica	Valoración auditiva, según riesgo, 1 vez al año
1.4	Salud Bucal:	Inspección bucal 3 vez al año escolar
		<ul style="list-style-type: none"> Prevención de la caries.
		Aplicaciones tópicas con flúor, profilaxis y sellantes, 3 veces al año/niño
1.5	VISITA DOMICILIARIA	CONTENIDO
	Si no acuden a control o se identifica riesgo.	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico y seguimiento de pacientes y familias captadas con riesgos. Búsqueda activa de riesgos, con el fin de desarrollar una intervención oportuna, los mismos que pueden ser clasificados de acuerdo a la ficha familiar. Identificación de niños con esquemas incompletos de vacunas.

		<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de niños que no acuden a control de salud. • Identificación de niños de familias en riesgo. • Seguimiento de niños con enfermedades diarreicas agudas (EDAS), con deshidratación, neumonías, desnutrición, discapacidades, tuberculosis (TB), cuidados paliativos, entre otras. • Otros determinados por el equipo de salud.
2.	PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN	CONTENIDO
2.1	PRESTACIONES DE EMERGENCIA	
2.1.1	Atención prehospitalaria	Coordinación de llamadas y transporte primario
2.1.2	Consulta de emergencia y procedimiento ambulatorio o indicación de hospitalización	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y manejo de lesiones traumáticas y de tejidos blandos (curación y suturas). • Diagnóstico y tratamiento y/o estabilización de esguinces, luxaciones y fracturas de extremidades. • Diagnóstico y tratamiento de otras emergencias médicas
b.	Laboratorio Clínico	Según GPC
c.	Imagen	Según GPC
d.	Referencia	De acuerdo a la capacidad resolutoria de acuerdo al triage
2.2	PRESTACIONES DE CONSULTA GENERAL DE MORBILIDAD	CONTENIDO
2.2.1	Consulta Externa General de morbilidad aguda y/o control de crónicos en I nivel:	Atención de la patología más frecuente en niños (normal o complicado). <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento de enfermedades prevalentes de la infancia. • Diagnóstico y tratamiento de enfermedades de la región, provincia. • Diagnóstico de deficiencias para evitar que se transforme en discapacidad. • Seguimiento de laboratorio a expuestos perinatales de ITS y/o VIH
2.2.2	Atención de Salud Bucal Curativa	CONTENIDO
a.	Exodoncias	2 (3piezas) prestaciones/año
b.	Restauraciones	2 (4piezas) prestaciones/año
c.	Periodoncia	2 (4piezas) prestaciones/año
2.3	PRESTACIONES DE AMBULATORIA ESPECIALIZADA en II o III nivel	CONTENIDO
2.3.1	Consulta Externa Especializado:	Atención de la patología más frecuente en niño (complicado y de atención de especialidades).
2.4	PRESTACIONES DE HOSPITALIZACION en II o III nivel	CONTENIDO
2.4.1	• Clínica	• Diagnóstico, tratamiento y manejo de pacientes que requiere hospitalización clínica
2.4.2	• Quirúrgica	• Diagnóstico, tratamiento y manejo de pacientes que requiere hospitalización quirúrgica
2.4.3	• UTIM	• Diagnóstico, tratamiento y manejo de problemas que necesita UTIM-
2.4.4	• UCI	• Diagnóstico, tratamiento y manejo de problemas que necesita UCI
3.	PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN	CONTENIDO
a.	Básica - 1er nivel	
	• Actividades de psico rehabilitación basadas en la comunidad.	Estimulación temprana
	• Actividades de rehabilitación para disfuncionalidades y/o ayudas técnicas	Terapia Física
b.	Intermedia - II nivel	CONTENIDO
	• Actividades de psico rehabilitación basadas en la comunidad.	Estimulación Temprana
	• Actividades de rehabilitación de fracturas o esguinces.	T. física, Psicomotriz
	• Actividades de rehabilitación para disfuncionalidades y/o ayudas técnicas	T. ocupacional T. lenguaje
c.	Avanzada - III nivel	CONTENIDO
	• Actividades de rehabilitación de fracturas o esguinces	T. física psicomotriz, elaboración de ortesis y prótesis Laboratorio de Marcha
	• Actividades de rehabilitación para disfuncionalidades y/o ayudas técnicas	Psico rehabilitación T. ocupacional T. lenguaje T. neurológica (neuro rehabilitación) T. Pulmonar-cardíaca Ayudas Técnicas

3.	PRESTACIONES DE CUIDADOS PALIATIVOS	CONTENIDO
	Atención integral por nivel de atención	<ul style="list-style-type: none"> •Atención a síntomas e integración familiar -I nivel •Atención de corta y mediana estancia- II nivel •Atención institucionalizada de larga estancia - III nivel

3.4 NIÑO/AS DE 5 A 10 AÑOS

No	PRESTACIONES	CONTENIDO
1.	PRESTACIONES PREVENTIVAS	
1.1	Consulta crecimiento y desarrollo: 1 consulta anual	Evaluación del bienestar del niño, estado nutricional, neuro muscular y psicomotriz, emocional, Detección y prevención de patología alimentaria <ul style="list-style-type: none"> • Detección de sintomáticos respiratorios, febriles según normas • Detección de riesgos de accidentes en el hogar y escuela. Según normas del MSP en medio escolar. • Detección temprana de deficiencias y/o discapacidad como pie plano, anomalías congénitas, aptitud intelectual. Incluye prevención del maltrato. • Detección, prevención y consejería de infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA. • Seguimiento a la realización de los controles de laboratorio y consultas médicas en niños VIH • Detección de desnutrición: suplemento de micronutrientes, según metas en grupos de edad. • Prevención de riesgos de accidentes en el hogar y escuela. • Prevención de discapacidades, uso de ayudas técnicas. • Detección de riesgos, según norma del MSP • Detección y notificación obligatoria de Enfermedades Infecciosas y endémicas, según normas MSP (vigilancia epidemiológico) • Referencia o interconsulta de casos problemas.
	Asesoría (información, educación y comunicación) a padres o cuidadores en cada pre y post consulta	<ul style="list-style-type: none"> • Promover la autoconfianza de los padres en el cuidado del niño/a, fortalecer el vínculo afectivo. • Informar a padres y/o cuidadores de la importancia de la vacunación y una buena alimentación. • Informar a padres y/o cuidadores de la importancia de la higiene, salud bucal, riesgos de accidentes en el hogar, derechos de los niños. • Promover la estimulación psicomotriz, de aptitudes intelectuales, prevención de discapacidades, conocimiento de los derechos de los niños y sexualidad saludable. • Promover la alimentación saludable. • Generar mecanismos de motivación para que acuda a los controles en los establecimientos de salud. • Comunicar a los padres y/o cuidadores acerca de variaciones benignas y comunes en el desarrollo del niño/a así como en el comportamiento del niño y, cuando corresponda, confirmar la salud satisfactoria del niño/a. • Promover la salud bucal, prevención de caries.
	Complementación alimentaria	Según norma vigente
	Suplemento con micronutrientes :	Hierro, vitamina A, según normas del MSP
	Tratamiento antiparasitario	1 vez al año
	Inmunizaciones	DT: 2da dosis
		SRP 2da dosis
		Varicela
		Fiebre amarilla, según riesgo
		Influenza (sólo en campaña)
1.2	Consulta psicológica según riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración/Evaluación de Salud Mental: detección precoz de problemas en las habilidades escolares, trastornos afectivos, emocionales, prevención de maltrato físico, psicológico, sexual.
1.3	Consulta oftalmológica	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración de agudeza y/o ceguera visual,
1.4	Consulta Audiológica	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración auditiva, según riesgo, 1 vez al año
1.5	Salud Bucal:	Inspección bucal 3 veces durante el año escolar <ul style="list-style-type: none"> • Aplicaciones tópicas con flúor, profilaxis y sellantes, 3 veces al año/niño.

1.6	Otros prestaciones preventivas medio escolar	<ul style="list-style-type: none"> Prevencción de riesgos de accidentes en el hogar y escuela. Según normas del MSP en medio escolar. Prevencción de otros riesgos en medio escolar
2.	VISITA DOMICILIARIA	
	Si no acuden a control o se identifica riesgo.	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico y Seguimiento de pacientes y niños y niñas en las familias captadas con riesgos. Búsqueda activa de riesgos, con el fin de desarrollar una intervención oportuna, los mismos que pueden ser clasificados de acuerdo a la ficha familiar Identificación de niños y niñas con esquemas incompletos de vacunas. Identificación de niños y niñas que no acuden a control de salud. Identificación de niños y niñas de familias en riesgo. Seguimiento de niños y niñas con problemas de salud según la edad, necesidad de cuidados paliativos, entre otras. Otros determinados por el equipo de salud.
3	PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN	CONTENIDO
3.1	PRESTACIONES DE EMERGENCIA	
3.1.1	Atención prehospitalaria	Coordinación de llamadas y transporte primario
3.1.2	Consulta de emergencia y procedimiento ambulatorio o indicación de hospitalización	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico y manejo de lesiones traumáticas y de tejidos blandos (curación y suturas). Diagnóstico y tratamiento y/o estabilización de esguinces, luxaciones y fracturas de extremidades. Diagnóstico y tratamiento de otras emergencias médicas
b.	Laboratorio Clínico	Según GPC
c.	Imagen	Según GPC
d.	Referencia	De acuerdo a la capacidad resolutive de acuerdo al triage
3.2	PRESTACIONES DE CONSULTA AMBULATORIA GENERAL	
	Consulta Externa General de morbilidad aguda y/o control de crónicos en I nivel:	<p>Atención de la patología más frecuente en niños y niñas (normal o complicado).</p> <ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico y tratamiento de enfermedades prevalentes de la infancia. Diagnóstico y tratamiento de enfermedades de la región, provincia. Diagnóstico de deficiencias para evitar que se transforme en discapacidad. Seguimiento de laboratorio a expuestos perinatales de ITS y/o VIH
3.3	ATENCIÓN CURATIVA DE SALUD BUCAL	
3.3.1	Exodoncias	2 (3piezas) prestaciones/año
3.3.2	Restauraciones	2 (4piezas) prestaciones/año
3.3.3	Periodoncia	2 (4piezas) prestaciones/año
3.4	PRESTACIONES AMBULATORIA ESPECIALIZADA en II o III nivel	
3.4.1	Consulta Externa Especializado:	Atención Integral de la patología más frecuente en niño (complicado y de atención de especialidades).
3.5	PRESTACIONES HOSPITALIZACION en II o III nivel	
3.5.1	<ul style="list-style-type: none"> Clínica 	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico, tratamiento y manejo de pacientes que requiere hospitalización clínica
3.5.2	<ul style="list-style-type: none"> Quirúrgica 	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico, tratamiento y manejo de pacientes que requiere hospitalización quirúrgica
3.5.3	<ul style="list-style-type: none"> UTIM 	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico, tratamiento y manejo de problemas que necesita UTIM-
3.5.4	<ul style="list-style-type: none"> UCI 	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico, tratamiento y manejo de problemas que necesita UCI
4.	PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN	
4.1	BÁSICAS – I NIVEL	
	<ul style="list-style-type: none"> Actividades de psico rehabilitación basadas en la comunidad. 	Estimulación temprana integral
	<ul style="list-style-type: none"> Actividades de rehabilitación para disfuncionalidades y/o ayudas técnicas 	Terapia Física psicomotriz
4.2	INTERMEDIA - II nivel	
	<ul style="list-style-type: none"> Actividades de psico rehabilitación. 	Estimulación temprana integral
	<ul style="list-style-type: none"> Actividades de rehabilitación de fracturas o esguinces. 	T. Física psicomotriz
	<ul style="list-style-type: none"> Actividades de rehabilitación para disfuncionalidades y/o ayudas técnicas 	T. Ocupacional T. Lenguaje
4.3.	AVANZADA - III nivel	
4.3.1	<ul style="list-style-type: none"> Actividades de rehabilitación de fracturas o esguinces. 	T. Física psicomotriz, Ortesis y Prótesis Laboratorio de Marcha

4.3.2	• Actividades de rehabilitación para disfuncionalidades y/o ayudas técnicas	Psico rehabilitación
		T. ocupacional
		T. lenguaje
		T. neurológica (neuro rehabilitación)
		T. Pulmonar-cardíaca
		Ayudas Técnicas
5. PRESTACIONES DE CUIDADOS PALIATIVOS		
5.1	Atención Integral por niveles de atención	• Atención a síntomas e integración familiar -I nivel
		• Atención de corta y mediana estancia- II nivel
		• Atención institucionalizada de larga estancia - III nivel

3.4 ADOLESCENTES 10 A 19 AÑOS

No.	PRESTACIONES	CONTENIDO		
1.	PRESTACIONES PREVENTIVAS			
1.1	Consulta de atención integral al adolescente (1 Consulta anual)	(1 Consulta anual)		
1.1.1	Consulta	Evaluar el desarrollo físico, nutricional, psicomotriz y emocional del adolescente en relación con su edad: Peso, Talla, IMC, TA		
a.	Detección de riesgos	Evaluar el bienestar del adolescente y detectar riesgos:		
		• Detección de malnutrición u obesidad.		
		• Detección temprana de embarazo		
		• Detección, prevención y consejería de infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA.		
		• Detección de desnutrición:		
		• Detección de inactividad física.		
		• Detección de deficiencia y/o discapacidad.		
		Detección de sintomáticos respiratorios (tos por más de 15 días), febriles según riesgo		
		Prevención de patología alimentaria (anorexia, bulimia, obesidad), según riesgo		
		Detección del maltrato, según riesgo		
		• Entrega de método anticonceptivo subsecuente, a través del carné.		
		• Entrega de AOE sin receta, según lo establecido en AM No. 2490		
		Detección de uso de sustancias psico - estimulantes (alcohol, tabaco, salud sexual y reproductiva, maltrato, violencia. etc.), en medio escolar		
c.	Asesoría (información, educación y comunicación) a padres, adolescentes o cuidadores en cada pre y post consulta	• Detección de discapacidades, uso de ayudas técnicas		
		• Detección de riesgos de accidentes en el hogar,		
		• Promover la autoconfianza de los padres en el cuidado del adolescente, fortalecer el vínculo afectivo.		
		• Entregar información y educación sobre nutrición, higiene, sedentarismo, salud bucal, riesgos de accidentes en el ambiente educativo, comunidad, violencia, derechos		
		• Crecimiento y desarrollo.		
		• Salud sexual y reproductiva, salud mental		
		• Procesos identitarios en adolescentes y jóvenes, así como de identificación social.		
		• Generar mecanismos de motivación para que acuda a los controles en los establecimientos de salud.		
		• Comunicar a los padres y/o cuidadores acerca de variaciones benignas y comunes en el desarrollo del/la adolescente, así como en el comportamiento del/la adolescente, y, cuando corresponda, confirmar la salud satisfactoria del/la adolescente.		
		• Asesoría en anticoncepción y anticoncepción oral de emergencia		
		• Asesoría post evento obstétrico en madres adolescentes		
		1.2	Administración de micronutrientes	Entrega de ácido fólico y hierro en adolescentes, según riesgo y normas
		1.3	Inmunizaciones	DT: 1 vez
Hepatitis B, en territorios de riesgo				
Varicela, para terminar cohortes de edad				
Sarampión + rubéola+D13 (1), > 16 años sólo, si no ha recibido vacuna D23				

1.4	Antiparasitarios	Según norma MSP
1.5	Otras prestaciones preventivas	Según riesgo
1.5.1	Consulta oftalmológica.	Valoración de agudeza visual y/o ceguera, al menos una vez por año.
1.5.2	Consulta auditiva:	Valoración auditiva, según norma MSP
1.5.3	Atención odontológica preventiva	Inspección bucal Aplicaciones tópicas de flúor y profilaxis al menos 2 veces/ año, (enjuagues con flúor), según riesgo
1.5.4	Consulta Psicológica según riesgo	Detección de problemas de violencia, aprendizaje, afectivos, emocionales; trastornos de la alimentación; consumo de alcohol y otras drogas; prácticas sexuales de riesgo, embarazos no planificados. Sicosociales: depresión, consumo de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia nerviosa) intento de suicidio, violencia.
2.	VISITA DOMICILIARIA	
	Si no acuden a control o se identifica riesgo.	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y Seguimiento de pacientes con riesgos en familias captadas. • Búsqueda activa de riesgos, con el fin de desarrollar una intervención oportuna, los mismos que pueden ser clasificados de acuerdo a la ficha familiar • Identificación de violencia intrafamiliar, maltrato infantil, abuso y violencia sexual • Referencia de usuarias que no llegan a retirar su método anticonceptivo, a través del CEMA (carné) • Asesoría en anticoncepción y prevención de embarazos subsecuentes en adolescentes • Seguimiento de problemas de salud o discapacidad. • Identificación de adolescentes con esquemas incompletos de vacuna. • Prestación de cuidados paliativos a adolescentes en etapa terminal de la vida. • Otros determinados por el equipo de atención integral de salud.
3.	PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN	CONTENIDO
3.1	PRESTACIONES DE EMERGENCIA	
3.1.1	Atención prehospitalaria	Coordinación de llamadas y transporte primario
3.1.2	Consulta de emergencia y procedimiento ambulatorio o indicación de hospitalización	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y manejo de lesiones traumáticas y de tejidos blandos (curación y suturas). • Diagnóstico y tratamiento y/o estabilización de esguinces, luxaciones y fracturas de extremidades. • Diagnóstico y tratamiento de otras emergencias médicas
a.	Laboratorio Clínico	• Según GPC
b.	Imagen	Según GPC
c.	Referencia	De acuerdo a la capacidad resolutoria de acuerdo al triage
3.2	PRESTACIONES AMBULATORIAS GENERAL	
3.2.1	Consulta Externa General de morbilidad aguda y/o control de crónicos en I nivel:	<p>Atención de la patología más frecuente en adolescentes (normal o complicado).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento de enfermedades prevalentes de la adolescencia. • Diagnóstico y tratamiento de enfermedades de la región, provincia. • Diagnóstico de deficiencias para evitar que se transforme en discapacidad. • Seguimiento de laboratorio a expuestos de ITS y/o VIH
3.3	ATENCIÓN CURATIVA DE SALUD BUCAL	
3.3.1	Exodoncias	2 (3 piezas) prestaciones/año
3.3.2	Restauraciones	2 (4 piezas) prestaciones/año
3.3.3	Periodoncia	2 (4 piezas) prestaciones/año
3.4	PRESTACIONES ESPECIALIZADA DE AMBULATORIA en II o III NIVEL	
3.4.1	Consulta Externa Especializada:	Atención de la patología más frecuente en adolescentes (complicado y de atención de especialidades).
3.5	PRESTACIONES DE HOSPITALIZACION en II o III NIVEL	
3.5.1	• Clínica	• Diagnóstico, tratamiento y manejo de pacientes que requiere hospitalización clínica
3.5.2	• Quirúrgica	• Diagnóstico, tratamiento y manejo de pacientes que requiere hospitalización quirúrgica

3.5.3	• UTIM	• Diagnóstico, tratamiento y manejo de problemas que necesita UTIM-
3.5.4	• UCI	• Diagnóstico, tratamiento y manejo de problemas que necesita UCI
4	PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN	
4.1	BÁSICA - IER NIVEL	
a.	• Actividades de psico rehabilitación basadas en la comunidad.	Por problema
b.	• Actividades de rehabilitación para disfuncionalidades y/o ayudas técnicas	Terapia Física y psicorehabilitación
4.2	INTERMEDIA - II NIVEL	
a.	• Actividades de psico rehabilitación.	Por problema
b.	• Actividades de rehabilitación de fracturas o esguinces.	T. Física psicomotora
c.	• Actividades de rehabilitación para disfuncionalidades y/o ayudas técnicas	T. ocupacional T. lenguaje
4.3	AVANZADA - III NIVEL	
a.	• Actividades de rehabilitación de fracturas o esguinces.	T. Física, psicorehabilitación, ortesis y prótesis. Laboratorio de Marcha
b.	• Actividades de rehabilitación para disfuncionalidades y/o ayudas técnicas	Psico rehabilitación T. ocupacional T. lenguaje T. neurológica (neuro rehabilitación) T. Pulmonar-cardíaca Ayudas Técnicas
5.	PRESTACIONES DE CUIDADOS PALIATIVOS	
5.1		• Atención a síntomas e integración familiar -I nivel
5.2	Atención integral por niveles de atención	• Atención de corta y mediana estancia- II nivel
5.3		• Atención institucionalizada de larga estancia - III nivel

3.5 MUJERES EN EDAD FÉRTIL –MEF

No	PRESTACIONES	CONTENIDO
1.	PRESTACIONES PREVENTIVAS	
1.1	Control prenatal sin riesgo. Inscripción antes de 12 semanas de gestación y controles subsecuentes a embarazada, incluye:	5 controles mínimo, al menos 1 antes de las 20/12 semanas
1.1.1	Consulta prenatal	5 controles mínimo, al menos 1 antes de las 20/12 semanas
a.	Clasificación de riesgo obstétrico- DEMORAS	Valoración en cada consulta (5)
b.	Valoración e interpretación del estado nutricional - ganancia peso materno	Valoración en cada consulta (5)
c.	Asesoría (información, educación, comunicación) a la embarazada y su pareja	Pre y post consulta (5) • Brindar información sobre: preparación del parto, lactancia materna, cuidado del recién nacido y fortalecimiento del vínculo afectivo con el recién nacido. • Informar y promover prácticas de nutrición, salud bucal y salud mental. • Consejería en VIH e ITS • Informar y promover prácticas de buen trato, culturas urbanas, participación social y exigencia de derechos • Entrega de AOE sin receta, según lo establecido en Acuerdo 2490 • Prevención, detección y manejo de violencia y maltrato, drogodependencia. • Trastornos afectivos, emocionales. • Identificación de violencia intrafamiliar, maltrato infantil, abuso sexual y violencia sexual • Promover el parto institucional.
d.	Consejería genética	según norma
e.	Detección de riesgos por exámenes de laboratorio clínico	1 examen de laboratorio básico (incluye biometría hemática-Hb, Hto-, parcial de orina) 1 grupo sanguíneo, TP, TPT 1 Urea, glucosa, creatinina 1 VDRL

		1 VIH
		1 Toxoplasmosis, según riesgo
		1 PAP Test si se capta antes de la 20 semanas
		Otros según riesgo
1.1.2	Inmunización	TT o (DT): dos dosis y refuerzo (3)
1.1.3	Entrega de hierro y ácido fólico	con cada consulta (5)
1.1.4	Atención odontológica preventiva a embarazada: consejería, inspección bucal, higiene bucal y profilaxis	Profilaxis 2 veces al año/ gestantes
1.2	CONTROL PRENATAL A EMBARAZADAS CON RIESGO.	Inscripción antes de las 12 semanas de gestación y controles subsecuentes a la embarazada incluyendo: clasificación de riesgo obstétrico
a.	Consulta prenatal	10 controles mínimo, al menos uno antes de las 12 semanas, con referencia de I nivel. Valoración e Interpretación del estado nutricional - ganancia peso materno, exámenes de laboratorio según protocolos y guías clínicas
b.	Clasificación de riesgo obstétrico- DEMORAS	Valoración en cada consulta (10)
c.	Valoración e interpretación del estado nutricional - ganancia peso materno	Valoración en cada consulta (10)
d.	<ul style="list-style-type: none"> Asesoría (Información, Educación a embarazada y a su pareja. 	Pre y post consulta (10) <ul style="list-style-type: none"> Brindar información sobre: preparación del parto, lactancia materna, cuidado del recién nacido y fortalecimiento del vínculo afectivo con el recién nacido. Informar y promover prácticas de nutrición, salud bucal y salud mental. Informar y promover prácticas de buen trato, culturas urbanas, juveniles, participación social y exigencia de derechos. Promover el parto institucional.
e.	Consejería genética	Según norma
f.	Detección y manejo de violencia y maltrato, drogodependencia. Trastornos afectivos, emocionales.	Valoración en cada consulta (10)
1.2.1	Indicación de exámenes especial, según guías clínicas	Ecosonografía
1.2.2	Detección de riesgos por exámenes de laboratorio clínico	1 examen de laboratorio básico (incluye biometría hemática-Hb, Hto-, parcial de orina) 1 grupo sanguíneo, TP, TPT 1 VDRL 1 VIH previo consentimiento 1 Toxoplasmosis 1 PAP Test si se capta antes de la 20 semanas
1.2.3	Estudio genético	Mujeres mayores de 40 años con factores de riesgo.
1.2.4	Inmunización	TT o (DT): dos dosis y refuerzo (3)
1.2.5	Entrega de hierro y ácido fólico	con cada consulta (5)
1.2.6	Atención odontológica preventiva a embarazada: consejería, inspección bucal, higiene bucal y profilaxis	Profilaxis: 2 veces al año/ gestantes
1.3	PARTO NORMAL EN DOMICILIO	según protocolo
1.4	ATENCIÓN INTEGRAL POSTPARTO	
a.	Consulta de atención puerperal, según protocolo establecido y referencia a planificación familiar	1 consulta entre la 1s- 6s y otra según necesidad antes de los 6 meses 1 visita domiciliaria si no acude al establecimiento de salud
b.	Entrega de hierro y ácido fólico	x 2 meses
c.	Entrega de hierro y ácido fólico	x 2 meses
d.	Asesoría (información, educación y comunicación) de salud sexual y reproductiva	Selección entrega y/o colocación del Método Anticonceptivo a la usuaria Referencia de usuarias que no llegan a retirar su método anticonceptivo a través del CEMA (carnet) Asesoría en Planificación familiar y prevención de embarazos subsecuentes Asesoría en anticoncepción y anticoncepción oral de emergencia * Asesoría post evento obstétrico
1.5	ATENCIÓN A LA MUJER EN EDAD FÉRTIL	
a.	Detección oportuna de cáncer (toma de muestra y lectura de citología vaginal)	1 PAP Test según normas (30-64 años)

b.	Inscripción y Control Subsecuente en Planificación Familiar	1 vez cada seis meses (2 veces al año)
c.	Consejería en la corresponsabilidad y espaciamiento de hijos	Post-consulta
d.	Examen Físico	En cada consulta
e.	Referencia a métodos permanentes. Entrega de anticonceptivos apropiados según caso (elección usuario/a- pareja)	Entrega de anticonceptivos orales
		Entrega de anticonceptivos parenterales
		Entrega de anticonceptivos de barrera: condón
		Colocación de Implantes anticonceptivos
f.	Fomento del auto examen de mama	Pre consulta de todas las consultas de MEF
g.	Seguimiento de adherencia al método anticonceptivo	Según norma
h.	Identificación de hombres y mujeres en edad fértil en la familia para asesoría de métodos anticonceptivos	Según norma
i.	Inmunizaciones mujeres en la edad fértil con TT en zonas endémicas y a grupos en riesgo	TT : 2 dosis y/o refuerzo a las MEF de zonas de riesgo para tétanos neonatal
j.	Información sobre la prestación de servicios para la atención de la infertilidad	Según norma
l.	Detección temprana de riesgos	Tamizaje de hipertensión arterial, seguimiento y referencia, según norma para valoración de riesgo cardiovascular y referencia: Medición IMC, TA. De 45-74 años, cada 3 años.
		Glucosa
		Detección, seguimiento, tratamiento y referencia a pacientes con riesgo de aborto, abortos en curso y complicaciones 1 vez cada tres meses (4 veces al año) y referencia si necesario
		Detección seguimiento y tratamiento de ITS y referencia
		Detección de sintomáticos respiratorios
		Detección de sintomáticos febriles
		Detección oportuna de cáncer mama. Mamografía: 1 vez cada 3 años en mayores de 50 años
m.	Inspección bucal	1 vez al año
2.	VISITA DOMICILIARIA:	CONTENIDO
2.1	Si no acuden a control prenatal, embarazo de riesgo (adolescentes) post parto, planificación familiar o se identifica otro riesgo.	• Diagnóstico y seguimiento de pacientes y familias captadas con riesgos.
		• Búsqueda activa de riesgos, con el fin de desarrollar una intervención oportuna, los mismos que pueden ser clasificados de acuerdo a la ficha familiar.
		• Referencia de usuarias que no llegan a retirar su método anticonceptivo, a través del CEMA (carnet)
		• Identificación de hombres y mujeres en edad fértil en la familia para asesoría de métodos anticonceptivos
		• Prevención, detección y manejo de la violencia sexual e intrafamiliar
		• Asesoría en planificación familiar y prevención de embarazos subsecuentes
		• Identificación y seguimiento de problemas de salud mental, discapacidad grave y cuidados paliativos.
		• Otros determinados por el equipo de salud.
3.	PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN	CONTENIDO
3.1	PRESTACIONES DE EMERGENCIA	
3.1.1	Atención prehospitalaria	Coordinación de llamadas y transporte primario
3.1.2	Consulta de emergencia y procedimiento ambulatorio, referencia o indicación de hospitalización	• Diagnóstico y manejo de lesiones traumáticas y de tejidos blandos (curación y suturas).
		• Diagnóstico y tratamiento y/o estabilización de esguinces, luxaciones y fracturas de extremidades.
		• Diagnóstico y tratamiento de emergencias obstétricas
a.	Laboratorio Clínico	Según GPC
b.	Imagen	Según GPC
c.	Referencia	Si se atiende en primer nivel, referir las emergencias tipo III, II, I según triage
3.2	PRESTACIONES AMBULATORIAS GENERAL	
3.2.1	Consulta Externa General de morbilidad aguda:	Atención de la patología más frecuente (normal o complicado)
		• Diagnóstico y tratamiento de enfermedades prevalentes durante embarazo

		<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento de enfermedades prevalentes en el parto • Diagnóstico y tratamiento de enfermedades prevalentes en el postparto • Diagnóstico y tratamiento de enfermedades prevalentes gineco obstétricas
3.3	ATENCIÓN DE SALUD BUCAL CURATIVA	2 prestaciones/ año.
3.3.1.	Exodoncias	2 (3 piezas) prestaciones/año
3.3.2	Restauraciones	2 (4 piezas) prestaciones/año
3.3.3	Periodoncia	2 (4 piezas) prestaciones/año
3.4	PRESTACIONES /AMBULATORIA ESPECIALIZADA	CONTENIDO
3.4.1	Consulta Externa Especializado:	<ul style="list-style-type: none"> • Atención de la patología más frecuente (complicado). • Diagnóstico y tratamiento de enfermedades prevalentes durante embarazo • Diagnóstico y tratamiento de enfermedades prevalentes en el parto • Diagnóstico y tratamiento de enfermedades prevalentes en el postparto • Diagnóstico y tratamiento de ansiedad. Depresión leve • Diagnóstico y tratamiento de enfermedades prevalentes gineco obstétricas
3.5	PRESTACIONES DE HOSPITALIZACIÓN	
3.5.1	• Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Atención de la patología más frecuente complicado). • Diagnóstico y tratamiento de enfermedades prevalentes durante embarazo
3.5.2	• Quirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento de enfermedades prevalentes en el parto • Diagnóstico y tratamiento de enfermedades prevalentes en el postparto
3.5.3	• UTIM	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento de enfermedades prevalentes gineco-obstétricas • Diagnóstico y tratamiento de enfermedades prevalentes en el parto
3.5.4	• UCI	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento de enfermedades prevalentes gineco obstétricas
4.	PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN	CONTENIDO
4.1	BÁSICA – I NIVEL	
a.	• Actividades de psico rehabilitación basadas en la comunidad.	según problema
b.	• Actividades de rehabilitación para disfuncionalidades y/o ayudas técnicas	Terapia Física
4.2	INTERMEDIA - II nivel	
a.	• Actividades de psico rehabilitación basadas en la comunidad.	Rehabilitación integrada con la comunidad.
b.	• Actividades de rehabilitación de fracturas o esguinces.	T. física, psicorehabilitación.
c.	• Actividades de rehabilitación para disfuncionalidades y/o ayudas técnicas	T. ocupacional T. lenguaje
4.3	AVANZADA - III NIVEL	
a.	• Actividades de rehabilitación de fracturas o esguinces en el primer nivel de atención.	T. física, ortesis y prótesis. Laboratorio de Marcha
b.	• Actividades de rehabilitación para disfuncionalidades y/o ayudas técnicas	Psico rehabilitación T. ocupacional T. lenguaje T. neurológica (neuro rehabilitación) T. Pulmonar-cardíaca Ayudas Técnicas
5.	PRESTACIONES DE CUIDADOS PALIATIVOS	CONTENIDO
5.1	Atención integral por niveles	• Atención a síntomas e integración familiar -I nivel
5.2	Atención integral por niveles	• Atención de corta y mediana estancia- II nivel
5.3	Atención integral por niveles	• Atención de corta y mediana estancia- III nivel

3.6 ADULTO JOVEN DE 20-49 AÑOS

No	PRESTACIONES	CONTENIDO
1	PRESTACIONES PREVENTIVAS	
1.1	Chequeo preventivo	Según Norma
1.1.1	Consulta médica preventiva (1 vez al año)	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación : examen físico, TA, IMC Exploración de antecedentes patológicos familiares y personales Detección de inactividad física y deficiencia/ discapacidad, problemas médicos adquiridos
a.	Detección temprana de enfermedades de riesgos	Según normas y riesgo Tamizaje en de riesgo cardiovascular y referencia Glicemia/curva de tolerancia desde los 45 -74 años Creatinina TSH Endoscopia (40-74 años) Citología vaginal (30-64 años) <ul style="list-style-type: none"> Detección de sintomáticos respiratorios, febriles, inactividad física, deficiencia, discapacidad Detección de riesgo de drogodependencia Detección, notificación y referencia de enfermedades de transmisión sexual: gonorrea, sífilis y VIH <ul style="list-style-type: none"> Detección de embarazo Tamizaje Valoración Auditiva c/año a partir de los 40 años Tamizaje Valoración Visual c/ año
b.	Asesoría (información, educación y comunicación)	Asesoría en anticoncepción y anticoncepción oral de emergencia Consejería en VIH e ITS <ul style="list-style-type: none"> Información sobre Planificación Familiar. * Asesoría post evento obstétrico Información sobre la prestación de servicios para la atención de la infertilidad Seguimiento de adherencia al método anticonceptivo
1.1.2	Inmunización	Neumococo, según riesgo DT cada 10 años Influenza, según riesgo
1.1.3	Consulta psicológica según detección de riesgos	Vigilancia de la salud mental, trastornos afectivos, emocionales, cognitivos, depresión; consumo de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia nerviosa) intento de suicidio, violencia.
1.1.4	Consulta preventiva de salud bucal	Profilaxis dental: inspección bucal , limpieza, protección con flúor, 1 vez al año
1.1.5	Planificación familiar si se requiere	Selección, entrega y/o colocación del método anticonceptivo a usuario/a Entrega del método anticonceptivo subsecuente, a través del carné Entrega de AOE sin receta, según lo establecido en AM No. 2490
2.	VISITA DOMICILIARIA:	CONTENIDO
	Si no acuden a control o se identifica riesgo.	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico y seguimiento de pacientes con riesgos en las familias captadas. Búsqueda activa de riesgos, con el fin de desarrollar una intervención oportuna, los mismos que pueden ser clasificados de acuerdo a la ficha familiar Referencia de usuarias que no llegan a retirar su método anticonceptivo, a través del CEMA (carné) Identificación de hombres y mujeres en edad fértil en la familia para asesoría de métodos anticonceptivos Prevención, detección y manejo de la violencia sexual e intrafamiliar Asesoría en planificación familiar y prevención de embarazos subsecuentes Identificación y seguimiento de problemas de salud mental, discapacidad grave y cuidados paliativos. Otros determinados por el equipo de salud.
3.	PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN	CONTENIDO
3.1	PRESTACIONES DE EMERGENCIA	
3.1.1	Atención prehospitalaria	Coordinación de llamadas y transporte primario
3.1.2	Consulta de emergencia y procedimiento ambulatorio o indicación de hospitalización	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico y manejo de lesiones traumáticas y de tejidos blandos (curación y suturas).

		<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento y/o estabilización de esguinces, luxaciones y fracturas de extremidades. • Diagnóstico y tratamiento de otras emergencias médicas
a.	Laboratorio Clínico	Según GPC
b.	Imagen	Según GPC
c.	Referencia	De acuerdo a la capacidad resolutive de acuerdo al triaje
3.2	PRESTACIONES AMBULATORIA GENERAL MORBILIDAD	
3.2.1	Consulta Externa General de morbilidad aguda y/o control de crónicos en I nivel:	Atención de la patología más frecuente en adulto joven (normal o complicado). <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento de enfermedades prevalentes. • Diagnóstico y tratamiento de enfermedades de la región, provincia. • Diagnóstico de deficiencias para evitar que se transforme en discapacidad.
3.3	ATENCIÓN DE SALUD BUCAL CURATIVA	
3.3.1	Exodoncias	2 (3 piezas) prestaciones/año
3.3.2	Restauraciones	2 (4 piezas) prestaciones/año
3.3.3	Periodoncia	2 (4 piezas) prestaciones/año
3.4	PRESTACIONES AMBULATORIA ESPECIALIZADA en II o III nivel	
3.4.1.	Consulta Externa Especializado:	Atención de la patología más frecuente (complicado y de atención de especialidades).
3.5	PRESTACIONES DE HOSPITALIZACION en II o III nivel	
3.5.1	<ul style="list-style-type: none"> • Clínica 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico, tratamiento y manejo de pacientes, que requiere hospitalización clínica
3.5.2	<ul style="list-style-type: none"> • Quirúrgica 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico, tratamiento y manejo de pacientes, que requiere hospitalización quirúrgica
3.5.3	<ul style="list-style-type: none"> • UTIM 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico, tratamiento y manejo de problemas que necesita UTIM-
3.5.4	<ul style="list-style-type: none"> • UCI 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico, tratamiento y manejo de problemas que necesita UCI
4	PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN CONTENIDO	
4.1	BÁSICA - I NIVEL	
a.	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades de psico rehabilitación basadas en la comunidad. 	Según problema
b.	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades de rehabilitación para disfuncionalidades y/o ayudas técnicas 	Terapia Física
4.2	INTERMEDIA - II NIVEL	
a.	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades de psico rehabilitación. 	T. Integral
b.	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades de rehabilitación de fracturas o esguinces. 	T. Física, psicorehabilitación
c.	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades de rehabilitación para disfuncionalidades y/o ayudas técnicas 	T. ocupacional T. lenguaje
4.3	AVANZADA - III NIVEL	
a.	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades de rehabilitación de fracturas o esguinces. 	T. Física, ortesis y prótesis Laboratorio de Marcha
b.	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades de rehabilitación para disfuncionalidades y/o ayudas técnicas 	Psico rehabilitación T. ocupacional T. lenguaje T. neurológica (neuro rehabilitación) T. Pulmonar-cardíaca Ayudas Técnicas
5.	PRESTACIONES DE CUIDADOS PALIATIVOS CONTENIDO	
5.1	Atención Integral por niveles	•Atención a síntomas e integración familiar -I nivel
5.2	Atención Integral por niveles	•Atención de corta y mediana estancia- II nivel
5.3	Atención Integral por niveles	•Atención institucionalizada de larga estancia - III nivel

3.7 ADULTO/A DE 50 A 64 AÑOS

No	PRESTACIONES	CONTENIDO
1.	PRESTACIONES PREVENTIVAS	
1.1	Atención preventivo	Según Norma
1.1.1	Consulta médica preventiva (1 vez al año)	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación : examen físico, TA, IMC • Exploración de antecedentes patológicos familiares y personales • Detección de inactividad física y deficiencia/ discapacidad.
a.	Laboratorio cada año:	Biometría hemática

		Glucosa
		Perfil lipídico
		EMO
b.	Detección temprana/oportuna según riesgo	Si se identifican factores de riesgo (aplicación de instrumentos) realizar pruebas de laboratorio respectivas:
		Glicemia/curva de tolerancia (cada 3 años en casos negativos)
		Creatinina
		TSH
		Sangre Oculta en heces (50-74 años, una vez cada año)
		Antígeno Prostático Específico (55-69 años, cada 2 años)
		Citología vaginal- PAP (30-64 años, cada 3 años)
		Mamografía (50-64 años, cada 3 años)
		Tamizaje Valoración Auditiva cada año a partir de los 40 años
		Tamizaje Valoración Visual cada año
		• Detección de riesgos de la salud mental: trastornos afectivos, emocionales, cognitivos, depresión; consumo de sustancias, y intento de suicidio, violencia: aplicación de instrumento de detección.
		Detección de enfermedades de transmisión sexual: gonorrea, sífilis y VIH. Laboratorio, según riesgo
c.	Asesoría (información, educación y comunicación) a las personas y a miembros de la familia (cuidadores)	En cada consulta:
		• Informar y promover prácticas de nutrición, salud bucal, salud sexual y salud mental.
		• Informar y promover prácticas de buen trato, participación social y exigencia de derechos.
		• Informar sobre discapacidades y ayudas técnicas.
		• Informar sobre condiciones para envejecimiento saludable.
		• Consejería en VIH e ITS
		• Informar sobre acciones preventivas para traumatismos, caídas y accidentes en el hogar
d.	Interconsulta de especialidad	Según riesgo y guía de práctica clínica vigente
1.1.2	Inmunización	Neumococo, según riesgo
		DT cada 10 años
		Influenza, según riesgo
1.1.3	Interconsulta psicológica si se detecta riesgo	Vigilancia de la salud mental, trastornos afectivos, emocionales, cognitivos, depresión; consumo de sustancias psicoactivas, intento de suicidio, violencia. 1 vez cada cuatro meses (3 veces al año) (< 50 años)
1.1.4	Consulta preventiva de salud bucal	Profilaxis dental: inspección bucal , limpieza, 1 veces al año/ paciente
2.	VISITA DOMICILIARIA:	CONTENIDO
2.1	Si se identifica riesgo.	• Diagnóstico y seguimiento de pacientes y familias captadas con riesgos
		• Prevención, detección y manejo de la violencia sexual e intrafamiliar
		• Identificación y seguimiento de problemas de salud mental, discapacidad grave y cuidados paliativos.
		• Otros determinados por el equipo de salud.
3	PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN	CONTENIDO
3.1	PRESTACIONES DE EMERGENCIA	
3.1.1	Atención Prehospitalaria	Coordinación de llamadas y transporte primario
3.1.2	Consulta de emergencia y procedimiento ambulatorio o indicación de hospitalización	• Diagnóstico y manejo de lesiones traumáticas y de tejidos blandos (curación y suturas).
		• Diagnóstico y tratamiento y/o estabilización de esguinces, luxaciones y fracturas de extremidades.
		• Diagnóstico y tratamiento de otras emergencias médicas
a.	Laboratorio Clínico	Según GPC
b.	Imagen	Según GPC
c.	Referencia	Según triaje y capacidad resolutive
3.2	PRESTACIONES AMBULATORIAS GENERALES DE MORBILIDAD	
3.2.1	Consulta Externa General de morbilidad aguda y/o control de crónicos en I nivel:	Atención de la patología más frecuente (normal o complicado).
		• Diagnóstico y tratamiento de enfermedades prevalentes de la infancia.
		• Diagnóstico y tratamiento de enfermedades de la región, provincia.
		• Diagnóstico de deficiencias para evitar que se transforme en discapacidad.
3.3	ATENCIÓN DE SALUD BUCAL CURATIVA	
3.3.1	Exodoncias	2 (3 piezas) prestaciones/año

3.3.2.	Restauraciones	2 (4 piezas) prestaciones/año
3.3.3	Periodoncia	2 (4 piezas) prestaciones/año
3.4	PRESTACIONES AMBULATORIA ESPECIALIZADA en II o III NIVEL	
a.	Consulta Externa Especializado:	Atención de la patología más frecuente- atención de especialidades
3.5	PRESTACIONES DE HOSPITALIZACIÓN en II o III NIVEL	
3.5.1	• Clínica	• Diagnóstico, tratamiento y manejo de pacientes que requiere hospitalización clínica
3.5.2	• Quirúrgica	• Diagnóstico, tratamiento y manejo de pacientes que requiere hospitalización quirúrgica
3.5.3	• UTIM	• Diagnóstico, tratamiento y manejo de problemas que necesita UTIM-
3.5.4	• UCI	• Diagnóstico, tratamiento y manejo de problemas que necesita UCI
4.	PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN	
4.1	BÁSICA - IER NIVEL	
a.	• Actividades de psico rehabilitación basadas en la comunidad.	Psicorehabilitación integral
b.	• Actividades de rehabilitación para disfuncionalidades y/o ayudas técnicas	Terapia Física
4.2	INTERMEDIA - II NIVEL	
a.	• Actividades de psico rehabilitación.	Psicorehabilitación integral
b.	• Actividades de rehabilitación de fracturas o esguinces.	T. física,
c.	• Actividades de rehabilitación para disfuncionalidades y/o ayudas técnicas	T. ocupacional T. lenguaje
4.3	AVANZADA - III NIVEL	
a.	• Actividades de rehabilitación de fracturas o esguinces.	T. física, ortesis y prótesis Laboratorio de Marcha
b.	• Actividades de rehabilitación para disfuncionalidades y/o ayudas técnicas	Psico rehabilitación T. ocupacional T. lenguaje T. neurológica (neuro rehabilitación) T. Pulmonar-cardíaca Ayudas Técnicas
5.	PRESTACIONES DE CUIDADOS PALIATIVOS	
5.1	Atención integral por niveles	• Atención a síntomas e integración familiar -I nivel
5.2		• Atención de corta y mediana estancia- II nivel
5.3		• Atención institucionalizada de larga estancia - III nivel

3.9 ADULTO MAYOR DE 65 AÑOS

No	PRESTACIONES	CONTENIDO
1	PRESTACIONES PREVENTIVAS	
1.1	Chequeo preventivo del adulto mayor	
1.1.1	Consulta médica para Valoración Geriátrica Integral, 2 vez al año,	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación : examen físico, TA, IMC • Identificación de factores de riesgo, condicionantes de deterioro funcional y cognitivo. • Valoración precoz y diagnóstico de fragilidad. • Valoración de dependencia funcional.
a.	Laboratorio cada año:	Biometría hemática Glicemia/curva de tolerancia desde los 45 -74 años Perfil lipídico EMO
b.	Detección temprana según riesgos	Si se identifican factores de riesgo (aplicación de instrumentos) realizar pruebas de laboratorio respectivas: TSH Sangre Oculta en heces (50-74 años, 1 vez al año) Antígeno Prostático Específico (55-69 años, cada 2 años) Hematocrito cada año Glicemia/curva de tolerancia (45-74 años, cada 3 años) Creatinina <ul style="list-style-type: none"> • Detección de riesgo nutricional, sintomáticos respiratorios, febriles, violencia, maltrato y discapacidad Detección de enfermedades de transmisión sexual: gonorrea, sífilis y VIH. Laboratorio, según riesgo

		Tamizaje Valoración Auditiva c/año Tamizaje Valoración Visual c/año
c.	• Asesoría (información, educación y comunicación) a miembros de la familia (cuidadores)	<ul style="list-style-type: none"> • Informar y promover prácticas de nutrición, salud bucal, salud sexual y salud mental. • Informar y promover prácticas de buen trato, participación social y exigencia de derechos. • Informar sobre discapacidades y ayudas técnicas. • Promover condiciones para envejecimiento saludable.
1.1.2	Inmunización	Neumococo polisacárido cada 6 años, si se incorpora en norma MSP DT cada 10 años Influenza
1.1.3	Consulta psicológica	Vigilancia de la salud mental, Evaluación de salud mental: violencia, consumo alcohol, tabaquismo. 1 vez c/ cuatro meses (3 veces al año)
1.1.4	Salud Bucal Preventiva 2 veces al año/ paciente 15%	Profilaxis: Inspección bucal, Limpieza, protección con flúor
2.	VISITA DOMICILIARIA	
		<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y Seguimiento de pacientes y familias captadas con riesgos mediante ficha familiar o contrareferencia • Identificación y seguimiento de problemas de salud, discapacidad grave salud mental y cuidados paliativos. • Atención en casos de postración o discapacidad y cuidados paliativos. • Otros determinados por el equipo de salud.
3.	PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN	
3.1	PRESTACIONES DE EMERGENCIA	
3.1.1	Atención prehospitalaria	Coordinación de llamadas y transporte primario
3.1.2	Consulta de emergencia y procedimiento ambulatorio o indicación de hospitalización	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y manejo de lesiones traumáticas y de tejidos blandos (curación y suturas). • Diagnóstico y tratamiento y/o estabilización de esguinces, luxaciones y fracturas de extremidades. • Diagnóstico y tratamiento de otras emergencias médicas
a.	Laboratorio Clínico	Según GPC
b.	Imagen	Según GPC
c.	Referencia	Según triaje y capacidad resolutive
3.2	PRESTACIONES AMBULATORIAS GENERAL MORBILIDAD	
a.	Consulta Externa General de morbilidad aguda y/o control de crónicos en I nivel:	Atención de la patología más frecuente (normal o complicado). <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento de enfermedades prevalentes • Diagnóstico y tratamiento de enfermedades de la región, provincia. • Diagnóstico de deficiencias para evitar que se transforme en discapacidad.
3.3	PRESTACIONES AMBULATORIA ESPECIALIZADA en II o III NIVEL	
	Consulta Externa Especializado:	Atención de la patología más frecuente en niño (complicado y de atención de especialidades).
3.4	PRESTACIONES DE HOSPITALIZACION en II o III NIVEL	
3.4.1	• Clínica	• Diagnóstico, tratamiento y manejo de pacientes que requiere hospitalización clínica
3.4.2	• Quirúrgica	• Diagnóstico, tratamiento y manejo de pacientes que requiere hospitalización quirúrgica
3.4.3	• UTIM	• Diagnóstico, tratamiento y manejo de problemas que necesita UTIM-
3.4.4	• UCI	• Diagnóstico, tratamiento y manejo de problemas que necesita UCI
3.5	ATENCIÓN DE SALUD BUCAL CURATIVA	
3.5.1	Exodoncias	2 (3 piezas) prestaciones/año
3.5.2	Restauraciones	2 (4 piezas) prestaciones/año
3.5.3	Periodoncia	2 (4 piezas) prestaciones/año
4.	PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN	
4.1.	BÁSICA - 1ER NIVEL	
a.	• Actividades de psico rehabilitación basadas en la comunidad.	Estimulación temprana
b.	• Actividades de rehabilitación para disfuncionalidades y/o ayudas técnicas	Terapia Física
4.2	INTERMEDIA - II NIVEL	
a.	• Actividades de psico rehabilitación basadas en la comunidad.	según edad

b.	• Actividades de rehabilitación de fracturas o esguinces.	T. física,
c.	• Actividades de rehabilitación para disfuncionalidades y/o ayudas técnicas	T. ocupacional T. lenguaje
4.3	AVANZADA - III NIVEL	
a.	• Actividades de rehabilitación de fracturas o esguinces en el primer nivel de atención.	T. física, ortesis y prótesis Laboratorio de Marcha
b.	• Actividades de rehabilitación para disfuncionalidades y/o ayudas técnicas	Psico rehabilitación T. ocupacional T. lenguaje T. neurológica (neuro rehabilitación) T. Pulmonar-cardíaca Ayudas Técnicas
5.	PRESTACIONES DE CUIDADOS PALIATIVOS	
5.1	Atención integral por niveles	• Atención a síntomas e integración familiar -I nivel
5.2	Atención integral por niveles	• Atención de corta y mediana estancia- II nivel
5.3	Atención integral por niveles	• Atención institucionalizada de larga estancia - III nivel

ANEXO 14 - CARTERA DE SERVICIOS

Para la organización de las redes de salud, es una de las primeras tareas, la identificación de la cartera de servicios clínicos –quirúrgicos, que aseguren las atenciones a la población y que el uso de estas prestaciones sea costo-eficiente.

La cartera de servicios de cada establecimiento de salud corresponde a los servicios/productos, que el establecimiento provee y tiene disponible a sus usuarios finales, los cuales provienen de su cadena de procesos de producción. Dicho de otra forma, la cartera de servicios identifica los productos o servicios del establecimiento de acuerdo al modelo de producción adoptado y definido, para dar respuesta a la demanda de los usuarios, de acuerdo a las normativas establecidas por la Autoridad Sanitaria Nacional.

La cartera de servicios caracteriza al establecimiento y refleja su misión, en términos simples, es lo que hace, es el resultado de las distintas líneas de producción de servicios/productos que posee el establecimiento, generadas a partir de sus diferentes procesos productivos, clasificados en clínicos, quirúrgico y de apoyo diagnóstico y tiene su expresión concreta en un listado de los servicios/productos específicos que provee el establecimiento y lo diferencia de otro.

En consecuencia, la cartera de servicios del establecimiento está conformada sólo por los servicios/productos específicos provistos /disponibles por los procesos clínicos y de apoyo clínico.

1.1. OBJETIVOS DE LA CARTERA DE SERVICIOS

- Caracterizar el quehacer y el aporte del establecimiento como oferente sea de la Red Pública Integral de Salud o Red Privada Complementaria.
- Mostrar los distintos servicios/productos específicos que el establecimiento produce a partir de su cadena de procesos de producción.

- Diferenciar los establecimientos uno de otro, a partir de la identificación de los servicios/productos que provee.
- Mostrar el nivel de complejidad y capacidad resolutoria que tiene el establecimiento

1.2. PROCEDIMIENTO PARA ELOBORAR LA CARTERA DE SERVICIOS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Para elaborar la cartera de servicios de cada establecimiento de salud (procesos definidos con competencias), se debe:

1. Identificar los usuarios finales (individuo, familia, comunidad).
2. Identificar los procesos de producción y clasificarlos en procesos clínicos, quirúrgicos y de apoyo diagnóstico¹¹.
3. Definir por cada proceso las líneas de producción.
4. Por cada línea de producción establecer los servicios/ que se producen.
5. Generar el listado de prestaciones específicas ordenados por línea de producción y procesos clínicos y de apoyo clínico, y por unidad de producción de acuerdo al formato establecido.

La propuesta de cartera de servicios debe cumplir ciertos requisitos:

- Debe responder a criterios de necesidades de salud de la población a cubrir y las normativas nacionales
- Debe ser validada. Formulada la cartera de servicios del establecimiento de salud, se debe generar el espacio para ratificarla con los encargados de las Unidades de Producción o quien corresponda.

¹¹ El establecimiento de salud se concibe como un conjunto de Unidades de Producción Básica que administran la cadena de procesos que producen aquellos servicios requeridos para dar respuesta a la misión de este establecimiento y que son capaces de producir en función de su capacidad resolutoria instalada.

- Debe ser discutida con el responsable de la gestión de red previo a su formalización.
- Debe estar expresada y autorizada en una resolución emitida por el Coordinador Zonal de Salud
- Debe darse a conocer por los usuarios del establecimiento y la red de salud nacional, zonal y distrital a la cual pertenece.
- Debe ser difundida. El establecimiento debe generar espacios de difusión de la respectiva cartera.
- Debe ser actualizada cada vez que se modifique.

La forma de presentar los servicios/productos de la cartera de servicios, se debe adecuar a las características del usuario al que va dirigida.

La cartera de servicios del establecimiento se construye a partir de las líneas de producción (líneas de atención) de servicios finales (clínicos y quirúrgicos) y de servicios de apoyo clínico (intermedios), definidas, gestionados por cada uno de los Centros de Responsabilidad constituidos en el establecimiento de salud.

Los procesos clínicos (clínicos y quirúrgicos) corresponden a las actividades que conforman los procesos que proveen los servicios finales de los procesos de producción del establecimiento y que representan la misión de éste. Los servicios finales del establecimiento de salud son:

- Atención comunitaria – extramural
- Atención familiar- extramural
- Atención en Consulta Externa o intramurales
- Atención en Hospitalización:
 - Clínica
 - Quirúrgica
 - Cirugía del día
 - Atención en Emergencia
 - Atención de Rehabilitación
 - Atención de Cuidados Paliativos

Estas actividades de los servicios finales tienen relación con el diagnóstico, indicaciones terapéuticas y la gestión de los cuidados.

Los procesos de apoyo clínico corresponden al conjunto de procedimientos que son parte del proceso productivo y que se requieren como insumos para la provisión de la atención de los servicios finales que se entregan a los usuarios del establecimiento, que en términos genéricos se clasifican en:

- Apoyo clínico diagnóstico:

- Laboratorio Clínico
- Imagenología
- Medicina Transfusional
- Aplicación/Intervención terapéutica
 - Procedimientos médicos clínicos
 - Intervenciones Quirúrgicas
 - Atención a pacientes críticos
 - Otras como Unidades de rehabilitación , Quemados, Terapia de sustitución renal

1.3. RESULTADO DE LA CARTERA DE SERVICIOS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

La matriz final de la cartera de servicios es la siguiente:

Tipo de servicio	Prestación	Subprestación	Procedimientos por CPT

En esta plantilla puede incorporarse la existencia o creación de “servicios especiales” como cirugía cardiotorácica, trasplante renal, diálisis, etc., que por su complejidad o ser característica distintiva de un establecimiento, misma que debe ser aprobada por las autoridades correspondientes.

La característica más importante de los procesos clínicos y de apoyo clínicos es que la realización de sus actividades se efectúan sobre el usuario/paciente, familia y comunidad, a dicho de otro modo requieren necesariamente de la participación de los mismos para la producción del servicio; lo que está en correspondencia con el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)

Para facilitar que todos los establecimientos de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria, este levantamiento se ha desarrollado un instrumento vía web, que facilitará el llenado

BIBLIOGRAFIA

1. División de Redes Asistenciales y División de Presupuesto e Inversiones. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud (2007). Modelo Base de Implantación de Centros de Responsabilidad. Versión 2.
2. Codificación Cartera de Servicios. CGDE-MSP- 2012
3. Mintzberg, H.; Quinn, J. El Proceso estratégico. Editorial Prentice Hall Hispanoamericana. México. 1998.
4. Spadafora, Santiago Gerardo: Estructura organizacional de los servicios sanitarios. Buenos Aires, julio 2007

FORMATO 1. CARTERA DE SERVICIOS AMBULATORIOS

SERVICIO	PRESTACIÓN	SUBPRESTACIÓN	
ACTIVIDADES EXTRAMURALES COMUIDAD FAMILIA	HABITOS/PRACTICAS SAUDABLES		
	ENTORNOS SALUDABLES	DISTRITOS SALUDABLES COMUNIDADES SALUDABLES	
	VISITA FAMILIAR	VISITA FAMILIAR DE DETECCIÓN DE RIESGOS	
		VISITA FAMILIAR A FAMILIAS CON RIESGOS Y/ O SEGUIMIENTO MONITOREO, SUPERVICION DE PACIENTES EN CASA	
CONSULTA EXTERNA	Consulta	Atención en Medicina General	
	ATENCIÓN DE ESPECIALIDADES MÉDICAS	ATENCIÓN ESPECIALIDAD.....	
	ATENCIÓN CON OTROS PROFESIONALES	Atención Psicológica clínica	
EMERGENCIAS	ATENCION EN EMERGENCIA/URGENCIA	Atención de Emergencia / Urgencia, según triaje	
		Atención de Emergencia / Urgencia Dental	
APOYO DIAGNÓSTICO CLÍNICO	IMAGENOLÓGÍA	RADIOLOGÍA CONVENCIONAL	
		RADIOLOGÍA ESPECIALIZADA	
		ULTRASONOGRAFIA/ECOSONO-NOGRAFIA	
		TOMOGRAFIA SIMPLE Y CONTRATADA	
	LABORATORIO CLINICO	BIOQUIMICA	
		HEMATOLOGIA	
		MICROBIOLOGIA	
		CITOLOGIA	
		INMUNOLOGIA	
		
Apoyo Diagnóstico de Anatomía Patológica	AUTOPSIAS		
APOYO CLÍNICO - PROCEDIMIENTOS MÉDICOS	Proceso Apoyo Diagnóstico y/o terapéuticos de Procedimientos Médicos clínicos	Apoyo Diagnóstico de Procedimientos Médicos Ambulatorios quirúrgicos (especialidades)	
		Procedimientos Médicos Ambulatorios Clínicos (especialidades)	
APOYO CLINICO TERAPÉUTICO	INTERVENCION TERAPEUTICA/ INTERVENCION QUIRURGICA AMBULATORIA (DIA)	PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS AMBULATORIOS DE DÍA (ESPECIALIDADES)	
		PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS (ESPECIALIDADES)	
		ANESTESIA Y REANIMACIÓN	
UNIDAD DE REHABILITACIÓN	PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN	Rehabilitación físico	
		Rehabilitación	
UNIDAD DE TRATAMIENTO DE SUSTITUCIÓN RENAL	ATENCIÓN A PACIENTES QUE REQUIEREN TERAPIA DE SUSTITUCIÓN RENAL	ATENCIÓN A PACIENTES CON PACIENTE EN TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS IRC	
		PACIENTE EN TRATAMIENTO DE DIALISIS PERITONEAL	

ELABORACIÓN: EQUIPO DE TRABAJO DNASRPCS. 2014

NOTA: Sólo deben llenarse las actividades que se realiza.

FORMATO 2. CARTERA DE SERVICIOS HOSPITALARIOS

CENTRO DE RESPONSABILIDAD	PRESTACION	SUBPRESTACION
CONSULTA EXTERNA	ATENCION DE ESPECIALIDADES MÉDICAS	ESPECIALIDAD..... ESPECIALIDAD.....
	ATENCION CON OTROS PROFESIONALES	Atención Psicológica clínica
HOSPITALIZACION	ATENCION EN HOSPITALIZACION CLINICA	Aislamiento ESPECIALIDAD.... ESPECIALIDAD.....
	ATENCION EN HOSPITALIZACION DE CIRUGIA Y TRAUMATOLOGIA	Atención Quirúrgica Cirugía General Atención Quirúrgica Cirugía Especialidad.....
ATENCION INTEGRAL CARDIOLOGIA Y CIRUGIA CARDIO TORAXICA	ATENCION EN CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDADES MEDICAS	ATENCION DE SUBESPECIALIDAD CARDIOLOGICA FETAL ATENCION DE SUBESPECIALIDAD
	ATENCION DE APOYO DIAGNOSTICO -IMAGEN	ESTUDIO ELECTROCARDIOGRAFICOS ESTUDIOS ELECTROFISIOLOGICOS ESTUDIOS DE RADIO FRECUENCIA OTROS
	ATENCION /INTERVENCION TERAPEUTICA QUIRURGICA	ATENCION DE CARDIOCIRUGIA
	ATENCION DE PACIENTE CRITICO POSTQUIRURGICO O CLINICO	ATENCION PCTE CARDIOTORAXICO
EMERGENCIAS	ATENCION EN EMERGENCIA/URGENCIA	Atención de Emergencia / Urgencia Atención de Emergencia / Urgencia Cirugía General Atención de Emergencia / Urgencia Dental
		RADIOLOGIA CONVENCIONAL RADIOLOGIA ESPECIALIZADA ULTRASONOGRAFIA/ECOSONOGRAFIA TOMOGRAFIA SIMPLE Y CONTRATADA RESONANCIA MAGNETICA MEDICINA NUCLEAR OTROS PROCEDIMIENTOS ESPECIALES
		BIOQUIMICA HEMATOLOGIA INMUNOLOGIA MICROBIOLOGIA CITOLOGIA VIROLOGIA
APOYO DIAGNÓSTICO CLÍNICO	APOYO DIAGNOSTICO DE IMAGENOLOGIA	
	APOYO DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO CLÍNICO	CITODIAGNOSTICO AUTOPSIAS
	Apoyo Diagnóstico de Anatomía Patológica. Apoyo Diagnóstico y Terapéutico de Medicina Transfusional	MEDICINA TRANSFUSIONAL
APOYO CLÍNICO - PROCEDIMIENTOS MÉDICOS	Proceso Apoyo Diagnóstico y/o terapéuticos de Procedimientos Médicos.	Apoyo Diagnóstico de Procedimientos Médicos Cirugía
		Apoyo Diagnóstico de Procedimientos Clínicos
		Apoyo Diagnóstico de Procedimientos Médicos de Neumología
		Apoyo Diagnóstico de Procedimientos Médicos de Gastroenterología
		Apoyo Diagnóstico de Procedimientos Médicos de Dermatología
		Procedimientos médicos de Neurofisiología
		Apoyo Diagnóstico de Procedimientos Médicos de Nefro-urología
		Apoyo Diagnóstico de Procedimientos Médicos de Endocrinología y genética
		Apoyo Diagnóstico de Procedimientos Médicos de Otorrinolaringología

		Apoyo Diagnóstico de Procedimientos Médicos de Hemato-oncología...
		Apoyo Diagnóstico Procedimientos Médicos de Neurología
		Apoyo Diagnóstico de Procedimientos Médicos de Oftalmología
APOYO CLINICO TERAPEUTICO	INTERVENCION TERAPEUTICA/ INTERVENCION QUIRURGICA	CIRUGIA ESPECIALIDAES
		CIRUGIA GENERAL
		Anestesia y Reanimación
UNIDADES DE PACIENTES CRITICOS	ATENCION A PACIENTE CRITICO	ATENCION PACIENTE CRITICO
UNIDAD DE REHABILITACION	ATENCION A PACIENTES CON TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN	ATENCIÓN CON LESIONES, DISCAPACIDADES O DEFICIENCIAS
UNIDAD DE TRATAMIENTO DE SUSTITUCION RENAL	ATENCION A PACIENTES QUE REQUIEREN TERAPIA DE SUSTITUCION RENAL	ATENCION A PACIENTES CON IRC
UNIDAD DE QUEMADOS	ATENCIONA PACIENTES QUEMADOS	ATENCION A PACIENTES QUEMADOS

ELABORACIÓN: EQUIPO DE TRABAJO DNARPCS. 2014

NOTA: Sólo debe llenarse lo que ofertan

ANEXO 15 - ESTRATEGIAS DE ARTICULACIÓN INTERSECTORIAL E INTERINSTITUCIONAL**15.1 Antecedentes**

El Gobierno Nacional del Ecuador, por intermedio de la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES), implementa el proceso de Reforma Democrática del Estado, que tiene como uno de sus principios, el diseño y aplicación de un nuevo modelo de gestión estatal descentralizado, desconcentrado y participativo.

Para acelerar y profundizar este proceso, se ha determinado la necesidad de una profunda transformación de la estructura territorial del país, mediante la conformación de zonas de planificación y administración, de similares características. Asimismo, al interior de cada región, se conforman los Distritos Administrativos, como órganos técnicos desconcentrados, cuya jurisdicción territorial coincide con el área geográfica del cantón o unión de cantones. Todo esto, se complementa con la desconcentración de los Ministerios y entidades del Ejecutivo a los territorios a nivel zonal, como una estrategia administrativa para llevar la política pública a las localidades de manera organizada, coordinada y con una misma base territorial para organizar sus intervenciones.

En este contexto, corresponde a los Distritos, entre otras, las siguientes funciones: articular las políticas de desarrollo, garantizar el acceso de toda la población a servicios de calidad, promover e implementar la planificación con enfoque territorial, coordinar la gestión intra e intersectorial, articular las acciones con actores sociales y otros ministerios, generando compromisos de trabajo de las partes involucradas, y a la vez supervisar y monitorear la provisión de servicios para el ejercicio pleno de derechos y garantías ciudadanas.

Como un componente importante de esta propuesta de trabajo intersectorial, debe mencionarse el paradigma del Desarrollo Humano, que “comprende la creación de un entorno en el que las personas puedan desarrollar su máximo potencial y llevar adelante una vida productiva y creativa de acuerdo con sus necesidades e intereses. Las personas son la verdadera riqueza de las naciones y, por lo tanto, el desarrollo implica ampliar las oportunidades para que cada persona pueda vivir una vida que valore. Para que existan más oportunidades lo fundamental es desarrollar las capacidades humanas: la diversidad de cosas que las personas pueden hacer o ser en la vida. Las capacidades más esenciales para el desarrollo humano son disfrutar de una vida larga y saludable, haber sido educado, acceder a los recursos necesarios para lograr un nivel de vida digno y poder participar en la vida de la comunidad.” (Informe sobre Desarrollo Humano – PNUD2010).

Los pilares fundamentales del desarrollo humano son educación y salud. Se miden, a través de indicadores como la esperanza de vida al nacer, la tasa de fecundidad, la tasa de matriculación, la tasa de permanencia en el sistema educativo, el grado de acceso a los servicios de salud, entre otros.

En el Informe para el Desarrollo Humano del año 2010, publicado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Ecuador ocupa el puesto 77, que lo clasifica como país de desarrollo alto. Este enfoque del desarrollo humano es alcanzable y se encuentra implícito y explícito en la Constitución de la República, el Plan Nacional del Buen Vivir, la Agenda 21 y los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en los que se sustentan las políticas, objetivos, planes, programas y proyectos del Ministerio de Salud Pública (MSP).

Una vez que se elaboró el Plan Nacional del Desarrollo, se actualizó el mismo con los datos recogidos en los Gabinetes Provinciales que expresan las necesidades de cada una de las regiones del país, dando como resultado el Plan Nacional del Buen Vivir. Este plan ha permitido optimizar el uso de los recursos en las zonas más necesitadas para mejorar los niveles de desarrollo actuales y fomentar la participación comunitaria organizada y encaminada hacia un mismo fin común para todos los ecuatorianos y ecuatorianas, lo que demuestra la fortaleza que radica en la participación comunitaria organizada.

Al reconocer la cultura de las comunidades, pueblos y nacionalidades se fortalecen las estrategias para consensuar acciones orientadas a mejorar la calidad de vida de las personas, sin perder su identidad. Al mismo tiempo, se amplían las capacidades ciudadanas, en especial de los grupos anteriormente excluidos y discriminados, que actualmente, pueden aportar en forma activa en la construcción de políticas públicas, que contribuyan al logro de los objetivos del desarrollo. Es importante, considerar a las necesidades no solo como carencias sino como potencias, que permiten la organización y compromiso de la población en la búsqueda de soluciones para aliviar sus problemas en el nivel local.

En este sentido, la salud de las personas, como un derecho, no sólo depende de las acciones que realiza el personal de salud, sino también de la influencia que los determinantes ejercen sobre la vida de las personas y que son abordados por parte de otros ministerios. En esta condición, el Nuevo Modelo de Gestión constituye la oportunidad de aunar esfuerzos entre los ministerios del sector social con y para la población, lo que daría lugar a un cambio trascendental que contribuya en forma significativa a alcanzar el Buen Vivir.

Una gestión interdisciplinaria e intersectorial tiene como punto de partida la delimitación de funciones que cada uno de los actores debe asumir. El Ministerio de Salud, por intermedio de sus unidades operativas, trabajará en mejorar los indicadores de salud y buscará apoyo de otros ministerios para accionar en un cambio sobre los determinantes, mediante trabajo intersectorial coordinado.

Corresponde a las unidades operativas de los diferentes distritos de salud, buscar mecanismos de articulación con los Ministerios de Educación e Inclusión Económica y Social, Cultura, Deportes, del Interior, de Justicia, y otras instituciones para poder brindar atención integral e integrada a los usuarios que a diario atienden, en forma tal que la intervención que realiza el personal de salud, a través de las fichas familiares, en las cuales se identifican riesgos biológicos, sanitario y socioeconómicos, no se ha limitado a un modelo biológico, sino que abarque la esfera mental y social de las personas.

15.2 Estrategias de Articulación Interinstitucional intersectorial

Para llevar a cabo una planificación adecuada que genere resultados esperados de impacto social, es importante contemplar la realización de acciones interinstitucionales, que puedan apoyar el alcance de los productos y servicios dados por las unidades de salud.

La participación 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.

A título individual, las personas deben ser capaces de tomar decisiones de forma libre y han de estar plenamente informadas en lo que respecta a su salud y la de sus familias, con un espíritu de autodeterminación y confianza.

A nivel social, la participación en el ámbito de la salud es una faceta de la participación cívica en general. Este proceso garantiza que el sistema de salud refleje los valores sociales, y proporciona un medio de control social y responsabilidad respecto a las acciones públicas y privadas que repercuten en la sociedad.

La intersectorialidad en materia de salud significa que el sector de la salud debe trabajar con diferentes actores y sectores para velar por el cumplimiento y alineación de las políticas públicas y lograr maximizar la potencial contribución a la salud y al desarrollo humano.

A continuación, se presenta un esquema para facilitar la articulación intersectorial.

ARTICULACIÓN INTERSECTORIAL E INTERINSTITUCIONAL

Servicios del Ministerio de Salud Pública	Ministerio de Inclusión Económica y Social	Ministerio de Educación	Gobiernos autónomos descentralizados	IESS (seguro campesino)	Otros
ATENCIÓN A LA INFANCIA 0 A 9 AÑOS					
Promoción de la salud	Aplicación de la estrategia AIEPI en su componente comunitario				Institutos de educación especial
Prevención de la salud					
Educación para la salud					
Consejería sobre lactancia materna	Aplicación de acciones para prácticas clave priorizadas				Grupos de mujeres organizadas: parteras, comadronas
Vacunación infantil según esquema	Trabajo coordinado con los centros de restitución de derechos		Convocatoria para la participación de las comunidades en campañas de vacunación, entre otras	Prestación del servicio para los usuarios que acuden a la unidad	Grupos de mujeres organizadas: parteras, comadronas, lideresas. Comités de salud grupos estudiantiles
Prevención del maltrato infantil	Trabajo coordinado con los centros de restitución	Actividades de prevención socializadas en escuela para padres	Actividades de prevención socializadas en escuela para padres	Acciones de capacitación a miembros de la comunidad	
ATENCIÓN AL ADOLESCENTE					
Promoción de la salud	Actividades con los centros de formación e información	Actividades con gobiernos estudiantiles	Actividades con los centros de formación e información juvenil	Actividades para fortalecer la red de servicios	
Prevención de la salud					
Educación para la salud					
Atención de salud preventiva	Captación temprana de la embarazada en las comunidades	Referencia de embarazadas, incluidas en el sistema educativo, a las unidades de salud para			Centros de personas privadas de libertad
Prevención del embarazo en adolescentes	Aplicación de la estrategia intersectorial de planificación familiar (ENIPLA)				Ministerio Coordinador de Desarrollo Social Coordinación de acciones de articulación con otros ministerios
Servicios del Ministerio de Salud Pública	Ministerio de Inclusión Económica y Social	Ministerio de Educación	Gobiernos autónomos descentralizados	IESS (seguro campesino)	Otros
Prevención del embarazo no deseado	Acciones de capacitación en planificación familiar con grupos de mujeres organizadas	Aplicación de estrategia ENIPLA, club de adolescentes, capacitación a docentes	Acciones de capacitación para el control de la natalidad y planificación familiar con la participación de líderes comunitarios		Comités de salud, organizaciones de mujeres, grupos de apoyo
ATENCIÓN A LA MUJER					
Promoción de la salud	Actividades de prevención, promoción y educación para mejorar el acceso a la atención para detección oportuna del cáncer de mama,		Actividades de prevención, promoción y educación para mejorar el acceso a la atención para detección oportuna del cáncer de mama,	Actividades de prevención, promoción y educación para mejorar el acceso a la atención para detección oportuna del cáncer de mama,	
Prevención de la salud					
Educación para la salud					
Atención de salud preventiva y de	Articulación según realidad de cada zona				
Atención a la mujer víctima de violencia intrafamiliar y de género	Atención de pacientes en los centros de restitución de derechos	Atención de pacientes en los centros de restitución de derechos	Talleres para padres y madres de familia, para prevención de la violencia	Acciones de difusión masiva para la prevención de la violencia	Líderes comunitarios
ATENCIÓN AL ADULTO					
Promoción de la salud	Actividades para prevenir y disminuir el consumo de alcohol y tabaco		Programas en centros de cuidado diario	Campañas de estilos de vida saludable	Ministerio de relaciones laborales, agricultura, minas, turismo, deportes
Prevención de la enfermedad	Acciones de prevención de enfermedades crónicas no transmisibles y		Programas en centros de cuidado diario	Campañas de prevención de enfermedades crónicas y degenerativas	Ministerio de relaciones laborales, agricultura, minas, turismo, deportes
Control del adulto sano			Brigadas de atención médica preventiva	Atención oportuna e integral	Ministerio de relaciones laborales, agricultura, minas,
ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR					
Educación (promoción) para la salud	Actividades para fomentar la alimentación y nutrición saludable		Programas en centros de cuidado diario	Promoción de actividad física y mantenimiento de actividades lúdicas y culturales	
Autocuidados, estilos de vida saludable	Actividades de capacitación con adultos mayores en centros gerontológicos apoyados por el MIES		Programas en centros de cuidado diario	Clubs de diabéticos, crónicos,	
Educación sobre derechos de los adultos mayores			Actividades de capacitación con líderes		

Elaborado por Equipo de trabajo MAIS Y RPIS.

ANEXO 16 - PROCEDIMIENTOS PARA EL INGRESO DE LOS PACIENTES A LA RPIS

La Norma del subsistema de referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa, del Sistema Nacional de Salud del Ecuador define un sistema único de relaciones entre los niveles, el primar nivel de atención y los otros niveles de mayor complejidad, que facilita la circulación de pacientes e información clínica entre todos los nodos de la misma, de tal forma que el beneficiario de los servicios se mueva por la red de forma cómoda y tan sólo en función de la respuesta más idónea al problema de salud por el que inició su contacto con la misma.

El funcionamiento de la RPIS utiliza mecanismos de coordinación asistencial entre los servicios, tales como, los sistemas de referencia y contra referencia, para los cuales resulta esencial que los mismos sean establecidos con claridad y aceptados por los equipos. La referencia consiste en remitir a una persona hacia otro servicio o nodo de la red, donde la complejidad ofrecida resulta adecuada para continuar y avanzar en su cuidado. La referencia puede hacerse con motivo de una interconsulta, una derivación o segunda opinión. La contrareferencia es la acción informada mediante la cual una persona retorna al establecimiento de atención desde donde fue referenciado, para continuar con su tratamiento o seguimiento.

La referencia en telemedicina, será tomada como una consulta de segunda opinión y la responsabilidad del paciente recaerá en el médico de primera atención.

Se trabajará criterios clínicos específicos explicitados en las Guías de Práctica Clínica, para mejorar la calidad de la referencia y/o derivación y la contrareferencia. Se aplicará a la norma nacional emitida por la Autoridad Sanitaria Nacional.

PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVOS PARA EL ACCESO A LA ATENCIÓN



Fuente: Coordinación Zonal 9. 2013 , adaptado equipo nacional 2013

ANEXO 17 - UNIDADES DE ATENCIÓN AL USUARIO Y DE GESTIÓN DE RED¹²

17.1 Unidades de atención al Usuario/ciudadano en los establecimientos de salud

En el estatuto de gestión de los establecimientos de salud se encuentran contempladas estas unidades que están destinadas a facilitar la entrada y circulación de las y los usuarios tanto en el primer nivel como a nivel hospitalario, además de realizar la gestión turnos, y de asegurar las referencia a niveles de mayor complejidad y contrareferencia al primer nivel de atención.

Estas unidades deben dar prioridad a aquellos usuarios con mayores barreras de acceso, mejorando la equidad del sistema y permitiendo reducir la incertidumbre, que produce circular por instituciones a veces desconocidas, y en una situación personal de padecimiento.

Sus competencias son:

- Manejo del Directorio de los establecimientos de la Red y su Cartera de servicios
- Agendamiento con prioridad para la referencia de primer nivel.
- Registro y citas de listas de espera.
- Manejo de la referencia y contrareferencia.
- Orientación al usuario.

¹² Elaborado: Dr. Juan Sánchez, Director Nacional DNARPCS; Dra. Nilda Villacrés, Asesora Ministerial; Dra. Sonia Díaz, Asesora Ministerial. 2014

17.2 Unidad de gestión de red en cada establecimiento de salud

Esta unidad de gestión de red debe ser estructurada con mayor relevancia en los hospitales, dependiente de la Dirección Asistencial, puede ser integrada con los funcionarios encargados del SOAT, trabajadoras sociales, médico y/o enfermeras, sus competencias son:

- Gestión de pacientes, referencia y contrareferencia en la RPIS y establecimientos de salud privados con y sin fines de lucro, y su respectiva gestión con la Coordinación Zonal de Salud
- Ingreso al software RPS a los pacientes con enfermedades catastróficas y raras.
- Orientación al usuario que va a otros establecimientos de la RPIS y establecimientos de salud privados

Se establece un equipo mínimo de talento Humano conformado por:

- Los funcionarios a cargo del planillaje/ facturación del SOAT
- Una Trabajadora Social

El relacionamiento que establece es con la Unidad de Gestión de RPIS Zonal, con funcionamiento las 24 horas, durante los 7 días de la semana, para lo cual el equipo de gestión de red en el hospital delega en la noche sus funciones al jefe de guardia del hospital.

ANEXO 18 - PROCEDIMIENTOS PARA EL AGENDAMIENTO¹³**18.1 Procedimiento para la implementación de agendamiento**

Uno de los elementos centrales en la organización e implementación de la RPIS es la planificación de las consultas programadas, que mejoran la continuidad en la atención y la adherencia a los tratamientos. Lo esencial de los turnos programados es que se disponga de un tiempo protegido para ofrecer un cuidado integral a la persona que consulta.

Estas consultas representan una modalidad de organización del acceso que resulta necesaria para el cuidado de personas con enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes, asma, y otros padecimientos crónicos, son situaciones de consulta, que requieren tiempos definidos, y usualmente más prolongados que una consulta de urgencia/emergencia o de demanda espontánea; así como para los controles preventivos como los prenatales o en cualquier edad.

Los turnos programados solo requieren un registro (agenda, organizador diario, cuadernos por especialidad, etc.), una persona que los asigne, y un mecanismo para que la población pueda solicitarlos, idealmente a distancia mediante la utilización de distintos sistemas de comunicación o bien personalmente con el mismo funcionario agendador de salud.

El mecanismo que en la actualidad el MSP cuenta es con un *Call Center*, a través del cual se agendan las citas de consulta externa para el primer nivel de atención. La meta de agendamiento es cubrir con el 90% del tiempo médico agendado y dejar un 10% de la agenda, para satisfacer la demanda espontánea.

18.2 Las consultas para primer nivel de atención pueden ser:

- Morbilidad Agudos
 - Primer a consulta - 20 min.
 - Consulta Subsiguiente – 15 min.
- Morbilidad Crónicos
 - Consultas programadas al menos 4 al año - 20 min.
- Atención Preventiva:
 - Consulta preventiva menor de 1 año – 30 min.
 - Consulta preventiva de 1 a 5 años – 30 min
 - Consulta preventiva de 5 a 12 años – 30 min
 - Consulta preventiva de 12 a 19 años – 30 min
 - Consulta preventiva de 20 a 49 años – 30 min
 - Consulta preventiva de 49 a 65 años – 30 min
 - Consulta preventiva > de 65 años – 30 min
- Consulta de control (sólo revisión de exámenes) – 10 min
- Atención a demanda espontánea

Es importante, el incremento del agendamiento para la consulta preventiva por ciclo de vida, lo que implica, que se debe priorizar este tipo de consultas con mecanismos para evitar el ausentismo y que el tiempo de trabajo del médico no sea eficientemente utilizado.

18.3 Agendamiento en el II y III nivel de atención

La modalidad de turnos protegidos tanto para la atención ambulatoria programada en el segundo, tercero y cuarto nivel sirve para satisfacer la necesidad de consulta de aquellos que lo necesitan y/o se solicitan desde el primer nivel de atención. Con este objetivo, se requiere coordinación y comunicación fluida entre prestadores de

¹³ Elaborado: Dra. Nilda Villacres, Asesora Ministerial 2013

servicios de salud de los distintos niveles de complejidad y entre los tomadores de decisión, que definen la distribución de los tiempos de agendamiento dentro de la RPIS.

- El Primer Nivel de Atención agenda las interconsultas de especialidad en los otros niveles de atención
- El turno debe ser gestionado directamente desde los Establecimientos de Salud de Primer Nivel de Atención, ingresando en las agendas de los servicios hospitalarios a través del aplicativo del *Call Center*.
- Cuando el turno a solicitar se refiere a otro prestador de servicios de salud, ubicado en otro nivel de atención, como suele suceder cuando se referencia del establecimiento de salud del primer nivel de atención a un hospital, es necesario orientar a la persona usuaria del servicio sobre el mecanismo de funcionamiento de esa referencia.
- Rotar las agendas de los profesionales para cubrir con la atención de la demanda espontánea y no rechazarla, proporcionando la información al usuario de la forma correcta o extendiéndole un turno para consulta subsiguiente por la misma causa.

18.4 Mecanismos para controlar el ausentismo

- Recordatorio de cita: Se trata de mensajes o alarmas que

llegan a quienes solicitaron turnos, con uno o dos días de anticipación. Dichos mensajes pueden ser efectuados por personal destinado a tal fin, en forma telefónica o, a través de sistemas automáticos que se implementan por mensajes de texto a celulares o correos electrónicos; sin embargo, el primero es el más recomendable, ya que permite reagendar turnos.

- Transporte sanitario: el transporte sanitario (ambulancias de distinta complejidad u otro tipo de transporte) para lugares alejados con la finalidad, entre otras, de reducir el ausentismo derivado de problemas geográficos de acceso por parte de los usuarios. Estos servicios cuentan con rutas definidas, y se activan cuando una persona obtiene un turno para una consulta o estudio en algún prestador de la red. Así, la persona recibe la confirmación del turno obtenido, junto con el lugar donde será recogido por el transporte sanitario que lo trasladará al lugar.

El transporte sanitario del primer nivel de atención al segundo nivel de atención es asumido por el Primer Nivel de Atención; la contrareferencia del segundo o tercer nivel hacia el primer nivel de atención es asumida por estos niveles.

Se precisará estos temas en la norma de atención prehospitalaria.

ANEXO 19 - FLUJOS DE ACCESIBILIDAD EN EL DISTRITO

Distrito Provincia.....Zona.....

CIRCUITO:.....

Establecimiento de primer nivel	Categoría	Establecimiento de referencia 2do y tercer nivel	Categoría	Población	Tiempo Traslado al establecimiento de referencia			Distancia al establecimiento de referencia	Tipo de vía
					vehículo	A pie	total		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)			(7)	(8)

1. Establecimiento de salud de primer nivel: Se registrará el nombre de cada establecimiento de salud.
2. Categoría: Establece la categoría del establecimiento de salud según Acuerdo No 1203
3. Establecimiento de referencia: Se consignará el nombre del centro de especialidades u Hospital de segundo nivel y el de tercer nivel que le corresponde y que se encuentre más cercano al establecimiento de salud.
4. Categoría: Establece la categoría del establecimiento de referencia
5. Población: Se registra la población total de habitantes por establecimiento de salud
6. Tiempo traslado al establecimiento de referencia: Registrar el tiempo, en MINUTOS, del establecimiento de salud de primer nivel al establecimiento de salud de 2do o 3er nivel de referencia. Si es en vehículo y/o a pie.
7. Distancia a la sede: Consignar la distancia, en KILÓMETROS, del establecimiento de salud de primer nivel al establecimiento de salud de referencia.
8. Tipo de vía: Anotar si el camino es asfaltado, de tierra, sin afirmar, mixto (asfaltado + sin afirmar, etc.).

ANEXO 20 - PROCEDIMIENTOS PARA EL MANEJO INTEGRAL DE LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS

EN LA ESTRUCTURACIÓN DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD ¹⁴

Para organizar los servicios de emergencias de los establecimientos de salud y tener capacidades para la recepción de pacientes, se debe considerar lo siguiente:



Adaptado de: Los servicios de emergencia hospitalaria. Consorcio de Hospitales de Cataluña. 2012

20.1 Nivel de respuesta para urgencias y emergencias

Cada día, las salas de emergencias/urgencias de los establecimientos de salud: Centros de Salud y Hospitales, reciben un gran número de usuarios con distintas necesidades de atención en salud. El flujo y volumen de trabajo varía cada día y todo el tiempo, dependiendo del nivel de complejidad que requiera la necesidad de atención del usuario. Por esto, es indispensable que exista un sistema de ordenamiento, que asegure la atención a los usuarios en función de una priorización clínica y no solamente por orden de llegada, para lo cual se usa el triaje.

Triage es un término francés utilizado para seleccionar, escoger o priorizar; es una escala de gravedad, que permite establecer un proceso de clasificación preliminar a los pacientes, antes de la valoración, diagnóstico y terapéutica completa en el servicio de urgencias, contribuye a que la atención otorgada al paciente sea eficaz, oportuna y adecuada, procurando con ello, limitar el daño y las secuelas, y en una situación de saturación del servicio o de disminución de recursos, los pacientes más urgentes sean tratados en primer lugar. El triaje se basa en la evaluación de signos vitales, condiciones de vida, intervenciones terapéuticas y evaluación **dinámica**.

Existen múltiples sistemas de triaje; sin embargo, por la difusión amplia, la facilidad y versatilidad en su uso, se ha tomado como referente el sistema del grupo español de triaje “Sistema de Triage Manchester MTS® modificado”, que también fue tomado como base para el Manual de Triage Iberoamericano (OPS, 2010).

El triaje que se utilizará es el siguiente:

ESTADO	TIEMPO ESTIMADO DE ESPERA	COLOR	CONDICIÓN DE SALUD
Crítico (Nivel 1)	0 minutos	Rojo	LISTADO A
Emergencia (Nivel 2)	10 minutos	Naranja	LISTADO B
Emergencia (Nivel 3)	1 hora	Amarillo	LISTADO C
Estándar (Nivel 4)	120 minutos	Verde	LISTADO D
No urgente (Nivel 5)	Derivación a consulta externa	Azul	LISTADO E

Fuente: “Manual de Triage Iberoamericano (OPS, 2010)”

¹⁴ Elaborado: Dr. Juan Sánchez, Director Nacional DNARPCS; Dra. Nilda Villacrés, Asesora Ministerial; Dra. Sonia Díaz, Asesora Ministerial. Diego Borja, Analista de la DNAMSNSRP. 2013

Uno de los elementos centrales para organizar el servicio de emergencia y para el trabajo en red, es la implementación del triaje en estos servicios y la consecuente complementariedad de recursos según sus exigencias.

20.2 Objetivos para la aplicación del Sistema de Triage

- **General:**

Mejorar la atención de los pacientes y disminuir el tiempo de espera para su atención y secundariamente disminuir la saturación de los servicios de Urgencias y/o Emergencias.

- **Específicos**

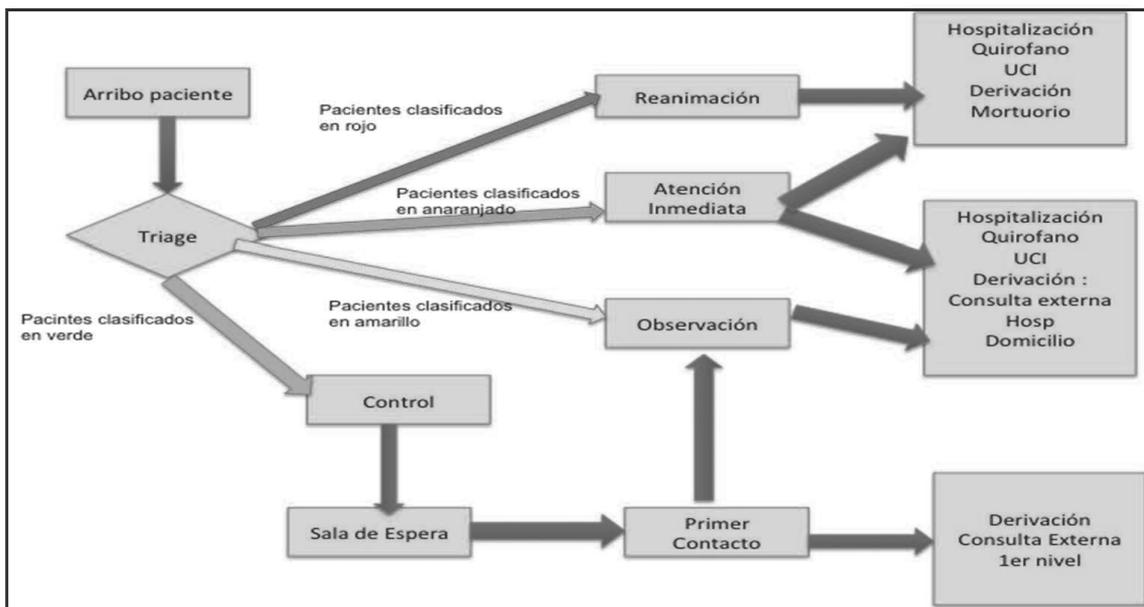
- Categorizar la atención del paciente en una urgencia/emergencia calificada.
- Identificar los factores de riesgo para categorizar la urgencia calificada.
- Priorizar al paciente para asignar el área correspondiente del servicio de emergencia hospitalario para su atención: box/ sala de reanimación, box / sala de observación o primer contacto (consultorios), etc.

El proceso de asignación de la prioridad cuenta con las siguientes acciones que no deben llevar más de 5 minutos.

- Primero: Realizar una evaluación rápida de vía aérea, ventilación y circulación.
- Segundo: Motivo de la urgencia. Debe ser una anamnesis dirigida, específica que identifique de manera oportuna e inmediata la causa principal de solicitud de consulta. Conforme a lo referido por el paciente y los hallazgos clínicos en el primer contacto, se asigna la prioridad del paciente.
- Tercero: Evaluar los signos vitales del paciente.
- Cuarto: Asignación del área/box/sala de tratamiento dentro del servicio de urgencias de acuerdo a la prioridad del paciente.

A continuación, el algoritmo de atención, según triaje:

ALGORITMO DE TRABAJO EN EL TRIAJE



Fuente: Algoritmo Hospital Eugenio Espejo 2013, adaptado: Equipo de Nivel Central. 2013

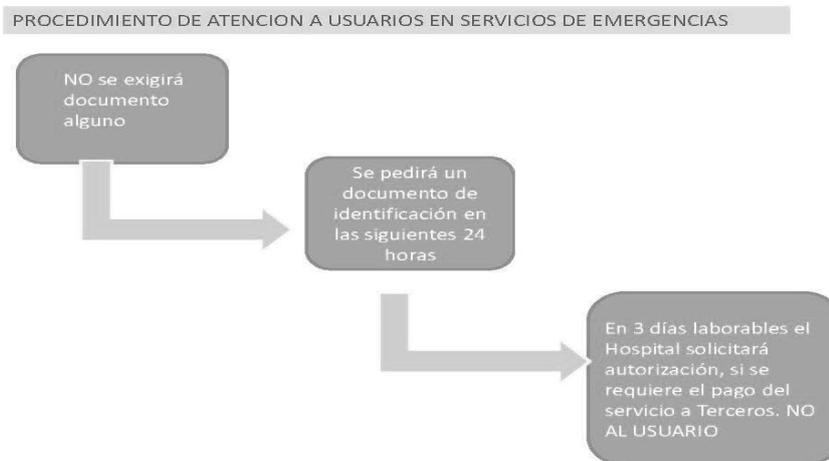
El binomio enfermera – médico, o la enfermera, o el paramédico (especialista en manejo de triaje) es el personal indicado para realizar el triaje. Es necesario, que cada establecimiento de salud con servicio de emergencia 24 horas, se especialice en las prioridades de triaje que les corresponde, de la siguiente manera:

PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL	TERCER NIVEL
Establecimientos de salud hasta centros de salud tipo A y B: <ul style="list-style-type: none"> • Primeros auxilios • Urgencias 5 • Referencia 1, 2, 3 y 4 	Establecimientos de salud Ambulatorios con emergencia 24 h: <ul style="list-style-type: none"> • Atención de Emergencias tipo 3 y referencia del resto al tercer nivel. 	Establecimientos de salud hospitalarios: <ul style="list-style-type: none"> • Atención de Emergencias tipo 3, 2 y tipo I • La prioridad 3 debe ser por acceso geográfico, referir emergencias 4 y 5 a nivel a correspondiente
Establecimientos de salud tipo C: <ul style="list-style-type: none"> • Atención de emergencias tipo 4 y 5, y referencia de las otras 	Establecimientos de salud hospitalarios básicos con servicio de emergencia: <ul style="list-style-type: none"> • Atención de Emergencias tipo 4 y 5 y referencia de las otras Establecimientos de salud hospitalarios con servicio de emergencia: <ul style="list-style-type: none"> • Atención de Emergencias tipo 3, 2 y referencia de las tipo I 	

Elaboración: Equipo VAIS. 2012

Para todos los establecimientos:

- Para ser atendido en el servicio de emergencias, el procedimiento es el siguiente:



*Se denominan terceros a los financiadores de la cobertura sean públicos o privados

Los **establecimientos de salud de Primer Nivel** que cuentan con Servicios de Emergencia, que funcionan las 24 horas del día, durante los 365 días del año, de acuerdo a su complejidad y demanda contarán con:

- Un Servicio de Emergencia con un área de triaje, que permita la atención según prioridad y de acuerdo a la misma referan a los pacientes de prioridad 1, 2 y 3.
- Los Servicios de Emergencia de los establecimientos debe tener un teléfono directo exclusivo para este servicio.
- El Servicio de Emergencia deberá contar con el apoyo de Laboratorio y de Diagnóstico por Imágenes y Farmacia las 24 horas según su capacidad resolutive.
- Cada Servicio de Emergencia tendrá una plantilla estándar de recursos humanos, materiales, equipos y lencería.
- El Servicio de Emergencia debe tener permanentemente, el apoyo y la presencia de un representante de Seguridad (que puede ser una agente de la Policía Nacional del Ecuador o de Vigilancia).

Los **establecimientos de salud de segundo y tercer nivel de atención**, en los que los servicios de emergencia funcionan 24 horas/ 7 días a la semana, deberán organizar el servicio de la siguiente manera:

- El Jefe de Guardia a partir de 5 pm de la tarde y feriados, será la autoridad máxima del hospital, en la modalidad de turnos, que se organizarán, de acuerdo a las características propias de cada hospital.
- Los hospitales con servicios de emergencia y Unidad de Cuidados Intensivos deberán estructurar el Servicio de Áreas Críticas.
- Los servicios de emergencias no podrán rechazar a ningún paciente, se clasificará, según el Sistema de Triage Manchester, se estabilizará y se lo trasladará, ya sea a la hospitalización del mismo hospital, si hay disponibilidad de camas, según su capacidad resolutive, o se lo derivará a otro hospital, a través del equipo de gestión de red zonal.
- Los Servicios de emergencia de los establecimientos debe tener un teléfono directo exclusivo para este servicio.
- Todo Servicio de Emergencia deberá contar con un área (*box*) de triaje, que permita la atención según prioridad(según sistema de Triage Manchester)
- El Servicio de Emergencia debe contar con área de urgencias, de emergencias, de críticos y observación según su capacidad resolutive.
- La estancia en los boxes de Urgencias/Emergencias, debe ser de máximo 4 horas,
- Salas de observación, donde el paciente permanecerá máximo 12 horas, con un máximo de menos de 23 horas.
- El servicio de emergencia debe contar con apoyo de Laboratorio y de Diagnóstico por Imágenes, durante las 24 HORAS, según su capacidad resolutive.
- Cada servicio de emergencia tendrá una plantilla estándar de recursos humanos, materiales, equipos y lencería de acuerdo a su capacidad resolutive normada.
- El Servicio de Emergencia debe tener permanentemente el apoyo y la presencia de un representante de Seguridad (que puede ser una agente de la Policía Nacional del Ecuador y/o de vigilancia)
- Cuando un paciente ingresa al Servicio de Emergencias, a través de Atención Prehospitalaria (SIS- ECU 911- Transporte primario), se debe firmar la recepción del paciente en el formulario HCU- F002.

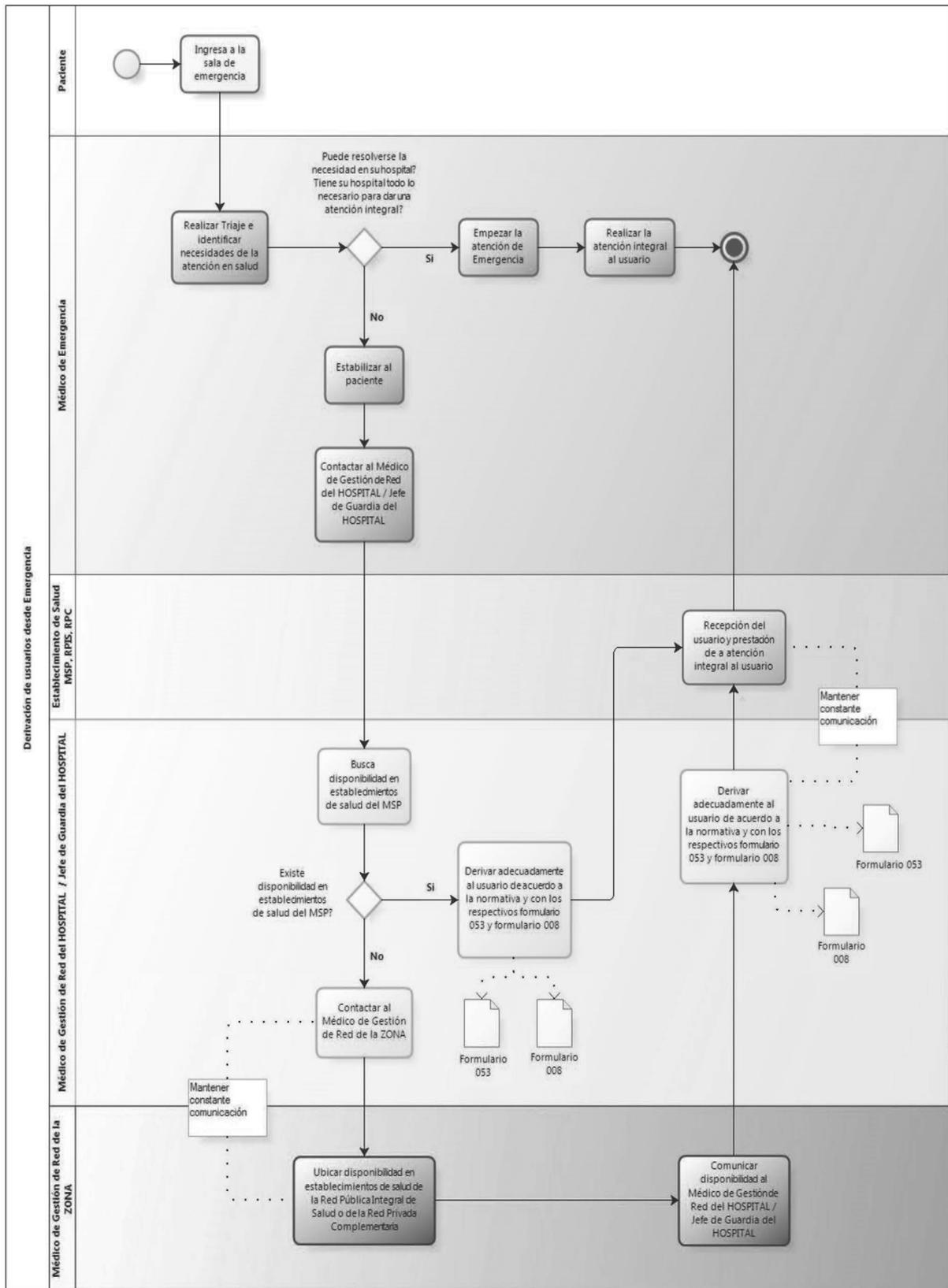
20.3 Sistema de apoyo a las atenciones de emergencia

- Derivación interhospitalaria, a través del equipo de Gestión de Red Zonal
- Cuando un paciente que se ha estabilizado y no hay disponibilidad de camas o requiere una capacidad resolutive de mayor complejidad se realizará lo siguiente:
 - El jefe de Guardia o el responsable de Gestión del Hospital llamará al Gestor de Red Zonal de turno para notificar la necesidad de derivación
 - Se debe notificar el caso con diagnóstico, el procedimiento que requiere con detalle de signos vitales y medición de Glasgow. Además debe indicar la causa, por lo que requiere la derivación.
 - El gestor de Red Zonal indicará el establecimiento de la RPIS o de la Red complementaria a cual derivará.
 - El jefe de guardia dispone al Jefe de Emergencia que proceda al llenado de la hoja de referencia HCU-F053, elegirá e indicará el tipo de transporte secundario adecuado para la misma. Se utilizará el HCU-F002 para la entrega-recepción del paciente.
 - Para facilitar este proceso se ha elaborado un flujograma de trabajo, que permita facilitar la derivación.

20.4 Flujo de trabajo para la derivación

Para facilitar y visibilizar el flujo de trabajo en el servicios de emergencias de los establecimientos de salud.

FLUJOGRAMA DE TRABAJO PARA LA DERIVACIÓN



FUENTE: Equipo de trabajo nacional- . Marzo2013

En esta normativa no se hace mención a la atención prehospitalaria y la relación con los establecimientos de servicios de salud, y su responsabilidad sobre el transporte primario y secundario en coordinación con el SIS - ECU 911, tomado en cuenta la accesibilidad.

**LISTADO A. LISTA DE CONDICION DE SALUD
SEGÚN PRIORIDAD – PRIORIDAD I**

Pacientes con alteración súbita y crítica del estado de salud, en riesgo inminente de muerte, y que requieren atención inmediata en la Sala de Reanimación – Shock Trauma.

1. Paro Cardiorespiratorio.
2. Dolor Torácico Precordial de posible origen cardiogénico con o sin hipotensión.
3. Dificultad respiratoria (evidenciada por polipnea, taquipnea, tiraje, sibilantes, estridor, cianosis)
4. Shock (Hemorrágico, cardiogénico, distributivo, obstructivo)
5. Arritmia con compromiso hemodinámico de posible origen cardiogénico con o sin hipotensión.
6. Hemorragia profusa.
7. Obstrucción de vía respiratoria alta.
8. Inestabilidad Hemodinámica (hipotensión / shock / crisis hipertensiva).
9. Paciente inconsciente que no responde a estímulos.
10. Paciente con trauma severo como:
 - Víctima de accidente de tránsito.
 - Quemaduras con extensión mayor del 20%.
 - Precipitación.
 - Dos o más fracturas de huesos largos proximales.
 - Injurias en extremidades con compromiso neurovascular.
 - Herida de bala o arma blanca.
 - Sospecha de traumatismo vertebro medular.
 - Evisceración.
 - Amputación con sangrado no controlado.
 - Traumatismo encéfalo craneano.
11. Status Convulsivo.
12. Sobredosis de drogas o alcohol más depresión respiratoria.
13. Ingesta de órgano fosforados, ácidos, álcalis, otras intoxicaciones o envenenamientos.
14. Signos y síntomas de abdomen agudo con descompensación hemodinámica.
15. Signos y síntomas de embarazo ectópico roto.
16. Signos vitales anormales:

Adulto

 - Frecuencia Cardíaca < 50 x min.
 - Frecuencia Cardíaca > 150 x min.
 - Presión Arterial Sistólica < 90 mmHg.
 - Presión Arterial Sistólica > 220 mmHg.
 - Presión Arterial Diastólica > 110 mmHg ó 30 mmHg por encima de su basal.
 - Frecuencia Respiratoria > 35 x min.
 - Frecuencia Respiratoria < 10 x min.

Pediátrico – Lactante

 - Frecuencia Cardíaca ≤ 60 x min.
 - Frecuencia Cardíaca ≥ 200 x min.
 - Presión Arterial Sistólica < 60 mmHg.
 - Frecuencia Respiratoria ≥ a 60 x min. (hasta los 2 meses).
 - Frecuencia Respiratoria ≥ a 50 x min (desde los 2 meses al año)
 - Saturación de oxígeno ≤ a 85%.

Pediátrico - Pre Escolar

 - Frecuencia Cardíaca ≤ 60 x min.
 - Frecuencia Cardíaca ≥ 180 x min.
 - Presión Arterial Sistólica < 80 mmHg.
 - Frecuencia Respiratoria > a 40 x min. (sin fiebre).
 - Saturación de oxígeno ≤ a 85%.
17. Suicidio frustrado.
18. Intento suicida.
19. Crisis de agitación psicomotora con conducta heteroagresiva.
20. Problemas específicos en pacientes pediátricos.
21. Intoxicaciones por ingesta o contacto.

- | | |
|--|--|
| <p>22. Períodos de apnea.</p> <p>23. Cambios en el estado mental: letargia, delirio, alucinaciones, llanto débil.</p> <p>24. Deshidratación con Shock: Llenado capilar mayor de tres segundos.</p> <p>25. Sangrado: Hematemesis, sangrado rectal, vaginal, epistaxis severa.</p> <p>26. Quemaduras en cara o más del 10% de área corporal.</p> <p>27. Quemaduras por fuego en ambiente cerrado.</p> <p>28. Acontecimiento de aspiración u obstrucción con cuerpo extraño.</p> <p>29. Status convulsivo.</p> <p>30. Status asmático.</p> <p>31. Hipertermia maligna.</p> <p>32. Trastornos de sensorio.</p> <p>33. Politraumatismo.</p> <p>34. Herida por arma de fuego.</p> <p>35. Cualquier otro caso que amerite atención inmediata en la Sala de Reanimación.</p> | <p>11. Descompensación Hepática.</p> <p>12. Hernia umbilical o inguinal incarcerada.</p> <p>13. Signos y síntomas de descompensación tiroidea.</p> <p>14. Contusiones o traumatismos con sospecha de fractura o luxación.</p> <p>15. Herida cortante que requiere sutura.</p> <p>16. Injuria en ojos perforación, laceración, avulsión.</p> <p>17. Desprendimiento de retina.</p> <p>18. Fiebre y signos inflamatorios en articulaciones.</p> <p>19. Síntomas y signos de cólera.</p> <p>20. Deshidratación Aguda sin descompensación hemodinámica.</p> <p>21. Hematuria macroscópica.</p> <p>22. Reacción alérgica, sin compromiso respiratorio.</p> <p>23. Síndrome febril o Infección en paciente Inmunosuprimido (Ejemplo: Paciente diabético con infección urinaria).</p> <p>24. Pacientes Post-Operados de Cirugía altamente Especializada o pacientes en programa de Hemodiálisis, con síntomas y signos agudos.</p> <p>25. Coagulopatía sin descompensación hemodinámica.</p> <p>26. Sobredosis de drogas y alcohol sin depresión respiratoria.</p> <p>27. Cefalea con antecedentes de trauma craneal.</p> <p>28. Síndrome Meningeo.</p> <p>29. Síntomas y signos de enfermedades vasculares agudas.</p> <p>30. Cólico renal sin respuesta a la analgesia mayor de 06 horas.</p> <p>31. Retención urinaria.</p> <p>32. Síndrome de abstinencia de drogas y alcohol.</p> <p>33. Cuerpos extraños en orificios corporales.</p> <p>34. Cuerpos extraños en esófago y estómago.</p> <p>35. Pacientes con ideación suicida.</p> <p>36. Pacientes con crisis de ansiedad.</p> <p>37. Pacientes con reagudización de su cuadro sicótico sin conducta suicida ni agitación psicomotora fuera de control.</p> <p>38. Cuadro de demencia con conducta psicótica.</p> |
|--|--|

LISTADO B. LISTA DE CONDICIÓN DE SALUD SEGÚN PRIORIDAD – PRIORIDAD II

Pacientes portadores de cuadro súbito, agudo con riesgo de muerte o complicaciones serias, cuya atención debe realizar en un tiempo de espera no mayor o igual de 10 minutos desde su ingreso, serán atendidos en Consultorios de Emergencia

Frecuencia respiratoria \geq de 24 por minuto.

1. Crisis asmática con broncoespasmo moderado.
2. Diabetes Mellitus Descompensada.
3. Hemoptisis.
4. Signos y síntomas de Abdomen Agudo.
5. Convulsión reciente en paciente consciente.
6. Dolor torácico no cardiogénico, sin compromiso hemodinámico.
7. Arritmias, sin compromiso hemodinámico.
8. Sangrado gastrointestinal, con signos vitales estables.
9. Paciente con trastornos en el sensorio.
10. Hipotonía, flacidez muscular aguda y de evolución progresiva.

39. Esguinces.
40. Contusiones o traumatismos leves sin signos o síntomas de fractura o luxación.
41. Enfermedad Inflamatoria de la pelvis.
42. Coagulopatía.
43. Flebitis o Tromboflebitis.
44. Herpes Zoster ocular.
45. Enfermedad eruptiva aguda complicada.
46. Cefalea mayor de 12 horas.
47. Problemas específicos en pacientes Obstétricas:
- Hemorragia de cualquier trimestre del embarazo.
 - Aborto provocado no terapéutico o intento fallido de aborto.
 - Amenaza de parto prematuro.
 - Gestante de 2° y 3° trimestre que reporta ausencia de movimiento fetales.
 - Sangrado post-parto.
 - Hipertensión que complica el embarazo.
 - Signos y síntomas de toxemia severa.
 - Bradicardia (menor de 120 x min.) y taquicardia (> de 160 x min.) Fetal.
 - Traumatismo Abdominal.
 - Deshidratación por hiperémesis.
 - Cefalea.
 - Epigastralgia.
 - Edema Generalizado.
48. Problemas Específicos en pacientes Pediátricos.
- Prematurez/Bajo peso, Sepsis
 - Cualquier enfermedad en niños menores de 3 meses.
 - Dolor Abdominal.
 - Trauma craneano sin cambios en el estado mental o fracturas obvias.
 - Niños con fiebre y petequias o púrpura.
 - Niños menores de 3 meses con $T^{\circ} \geq$ que 38° C.
 - Niños menores de 2 años con $T^{\circ} \geq$ que 39° C.
- Niños con síntomas de infección urinaria.
 - Convulsiones recientes, síncope o mareos.
 - Cefalea / epistaxis no controlada.
 - Quemaduras en menos del 10% de área corporal.
 - Trauma ocular no penetrante.
 - Laceración que requiere sutura con sangrado activo.
 - Niños que han sufrido agresión física.
 - Odontalgia.
 - Otagia.
- Cualquier otro caso que a criterio del Médico tratante considere necesario la atención en algún Tópico de Emergencia.
- LISTADO C. LISTA DE CONDICIÓN DE SALUD SEGÚN PRIORIDAD – PRIORIDAD III**
- Paciente que no presenta riesgo de muerte, ni secuelas invalidantes. Amerita atención en el Tópico de Emergencia III, teniendo prioridad la atención de casos I y II.
1. Dolor abdominal leve con náuseas, vómitos, diarrea, signos vitales estables.
 2. Herida que no requiere sutura.
 3. Intoxicación alimentaria.
 4. Trastornos de músculos y ligamentos.
 5. Otitis Media Aguda.
 6. Deshidratación Hidroelectrolítica leve.
 7. Osteocondropatía aguda.
 8. Sinusitis aguda.
 9. Hiperémesis gravídica sin compromiso metabólico.
 10. Urticaria.
 11. Fiebre > de 39° sin síntomas asociados.
 12. Síndrome vertiginoso y trastorno vascular.
 13. Celulitis o absceso con fiebre.
 14. Funcionamiento defectuoso de colostomía, ureterostomía, talla vesical u otros similares.
 15. Lumbalgia aguda.
 16. Broncoespasmo leve.
 17. Hipertensión arterial leve no controlada.

18. Signos y síntomas de Depresión.
19. Crisis de Ansiedad o Disociativas.
20. Signos y síntomas de infección urinaria alta.
21. Pacientes con neurosis de ansiedad.
22. Pacientes Sicóticos con reagudización de sus síntomas pero aún sin conducta psicótica.

Cualquier otro caso, que el Médico tratante considere que la atención puede ser postergada sólo con relación a las anteriores prioridades de atención.

LISTADO D. LISTA DE CONDICIÓN DE SALUD SEGÚN PRIORIDAD – PRIORIDAD IV

Pacientes sin compromiso de funciones vitales, ni riesgo de complicación inmediata, se tratan síntomas y se refieren para ser atendido en Consulta Externa de Primer nivel o especializada en el mismo Hospital de acuerdo a caso.

1. Faringitis aguda.
2. Amigdalitis aguda.
3. Enfermedades diarreica aguda sin deshidratación o vómitos.
4. Absceso sin fiebre.
5. Sangrado vaginal leve en no gestante, con funciones vitales estables.
6. Enfermedades crónicas, no descompensadas

LISTADO E. LISTA DE CONDICIÓN DE SALUD SEGÚN PRIORIDAD – PRIORIDAD V

Pacientes sin compromiso de funciones vitales ni riesgo de complicación inmediata y que deben ser atendidos en consulta externa de primer nivel. Sólo tratamiento sintomático hasta que Asista a cita.

1. Fiebre sin síntomas asociados.
2. Resfrío común.
3. Dolor de oído leve.
4. Dolor de garganta sin disfagia.

ANEXO 21 - PROCEDIMIENTOS PARA EL MANEJO INTEGRAL DE LA ATENCIÓN PROGRAMADA ¹⁶ EN LA ESTRUCTURACIÓN DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD

21.1 PROCEDIMIENTOS PARA LA DERIVACIÓN DE ATENCIÓN PROGRAMADA

Procedimientos ambulatorios, de Laboratorio e imagen:

Para la derivación en caso de muestras, exámenes, procedimientos ambulatorios y/o lectura de resultados, los

¹⁶ Elaborado: Dr. Juan Sánchez, Director Nacional DNAMSNSRP; Dra. Nilda Villacrés, Asesora Ministerial; Dra. Sonia Díaz, Asesora Ministerial. 2013.

mismos que se hayan prescritos por médico general, familias y/o especialistas, se deben enviar con la siguiente documentación validada por el responsable de gestión de red de establecimientos, sirve para activar la red y efectuar cobros:

- Formulario de solicitud de examen debidamente validado por el Médico Tratante y el Jefe del Servicio o su delegado.
- Hoja 053 en la cual especificarán el motivo de la referencia (Situaciones de accesibilidad geográfica, Falta de espacio físico, Equipamiento, infraestructura o personal en la Unidades de la Red de su pertinencia, Tecnología de mayor nivel), lista de espera.
- Copia de la Cédula de Ciudadanía del paciente.
- Copia de la epicrisis (si son procedimiento ambulatorios clínicos o quirúrgicos o de diagnóstico) debe contener mínimo:
 - Firma y sello del médico tratante y del responsable del servicio.
 - Datos generales del paciente
 - Número de la historia clínica
 - Diagnóstico codificado, según CIE – 10
 - Procedimientos realizados
 - Detalles importantes, resultados de imagen y de laboratorio de existir.
 - Plan de tratamiento

Para dar respuesta a una consulta de especialidad originada, a través de telemedicina, el médico de Primer Nivel de Atención debe enviar electrónicamente al médico especialista: consentimiento informado firmado por el paciente o por su representante legal, formulario de referencia y contrareferencia, y datos necesarios para responder a la consulta (imágenes, electrocardiograma, historia clínica, etc.) según sea el caso.

Las referencias efectuadas estarán sujetas a revisión posterior mediante un proceso de auditoría. Se sugiere que las Unidades Operativas y Hospitales mantengan un registro electrónico de las referencias efectuadas.

Consulta externa Especializada:

Para la derivación de consulta especializada, prescrita por cualquier especialista, la misma debe ser validada por el responsable de la Unidad de Gestión de Red de cada establecimiento, quien antes de ser autorizada, debe verificar que conste la siguiente documentación que sirve para activar la red y efectuar cobros:

- Formulario de solicitud de interconsulta, consulta especializada debidamente validado por el Médico Tratante y el Responsable del establecimiento de salud o su delegado.

- Hoja 053 en la cual especificarán el motivo de la referencia (Situaciones de accesibilidad geográfica, Falta de espacio físico, Equipamiento, infraestructura o personal en la Unidades de la Red de su pertinencia, Tecnología de mayor nivel), lista de espera.
- Copia de la Cédula de Ciudadanía del paciente

Procedimientos en Hospitalización

Clínicos:

Para la derivación de casos clínicos para hospitalización, se deben enviar con la siguiente documentación que sirve para activar la red y efectuar cobros:

- Formulario de solicitud de ingreso debidamente validado por el Médico Tratante y el Responsable del establecimiento de salud o su delegado.
- Hoja 053 en la cual especificarán el motivo de la referencia (Situaciones de accesibilidad geográfica, Falta de espacio físico, Equipamiento, infraestructura o personal en la Unidades de la Red de su pertinencia, Tecnología de mayor nivel), lista de espera.
- Copia de la Cédula de Ciudadanía del paciente.
- Copia de la epicrisis (si el procedimiento/examen lo amerita) debe contener mínimo:
 - Firma y sello del médico tratante y del responsable del servicio.
 - Datos generales del paciente
 - Número de la historia clínica
 - Diagnóstico codificado, según CIE – 10
 - Procedimientos realizados
 - Detalles importantes, resultados de imagen y de laboratorio de existir.
 - Plan de tratamiento
- Comunicación con Establecimiento al que se refiere para garantizar la atención fecha y hora.

Quirúrgicos:

Para la derivación de casos clínicos para hospitalización, se deben enviar con la siguiente documentación que sirve para activar la red y efectuar reclamos de pago:

- Formulario de solicitud de ingreso debidamente validado por el Médico Tratante y el Responsable del establecimiento de salud o su delegado.
- Hoja 053 en la cual especificarán el motivo clínico de referencia

- Copia de la Cédula de Ciudadanía del paciente.
- Copia de la epicrisis (si el procedimiento/examen lo amerita) debe contener mínimo:
 - Firma y sello del médico tratante y del responsable del servicio.
 - Datos generales del paciente
 - Número de la historia clínica
 - Diagnóstico codificado, según CIE – 10
 - Procedimientos realizados
 - Detalles importantes, resultados de imagen y de laboratorio de existir.
 - Plan de tratamiento
- Comunicación con Establecimiento al que se refiere para garantizar la atención fecha y hora.
- En el caso que el paciente beneficiario de otros subsistemas sean hospitalizados en cualquier establecimiento de salud será evaluado y de acuerdo a la prescripción se enviará obligatoriamente la epicrisis para la realización del procedimiento y/o examen, este documento también sirve como habilitante para el pago.

21.2 MANEJO DE TIEMPOS DE ESPERA

Las listas de espera es uno de los problemas con que se enfrenta nuestro sistema de salud, como consecuencia de un desajuste entre la demanda (necesidades expresadas) y la oferta de servicios. Este problema no se han transparentado, ni gestionado, por lo tanto, se inicia esta gestión con la identificación de las listas de espera, de tal manera que, en forma conjunta, se plantee la necesidad de establecer prioridades de forma explícita que tengan en cuenta tanto criterios clínicos (la necesidad del paciente y el beneficio esperado de la intervención) como social (problemas de cuidadores, transporte, etc.), y no exclusivamente el tiempo de espera; además de desarrollar intervenciones para su solución.

Objetivo General

Asegurar la oportunidad de una atención integral y continua a los usuarios mediante la gestión adecuada y regulada de la red.

Objetivo específicos

- Establecer una línea de base sobre listas de espera en atención ambulatoria de especialidades y hospitalarias (procedimientos ambulatorios y quirúrgicos)
- Fortalecer el trabajo conjunto entre los diferentes niveles de atención y capacidad resolutive, monitoreando las estancias hospitalarias, dimensionando las altas de especialidades para gestionar la antigüedad las listas de espera, bajo criterios clínicos y de prioridad.

Análisis causal de la espera e identificar requerimientos para su resolución:



Elaboración: equipo de trabajo DNAMSNSRP. 2013

Priorización de lista de espera por criterios de alerta:

Los criterios para el manejo de las listas de espera son importantes para la toma de decisiones sobre el mecanismo de salida de la lista de espera, que necesariamente deben ser priorizadas por paciente y antigüedad en la lista de espera.

Los criterios de alerta son:

- Clínicos:
 - a. Vitales y los urgentes (IRC, cáncer, cardiovasculares),
 - b. Graves y prioritarios (volumen y repercusión clínica)
- Sociales:
 - a. Lugar de residencia
 - b. vivir solo,
 - c. tener dependientes, etc.
 - d. Discapacidades
- Estructurales:
 - Disponibilidad de la oferta
 - Capacidad resolutive
 - Procesos Calidad:
 - a. Tiempos de alerta

Salida del Registro de Lista de Espera:

La salida del registro de listas de espera, ocurre cuando se presenta cualquiera de las causales de salida definidas en la siguiente tabla, excepto en la causal de salida N°3 y en el caso particular de algunos procedimientos, que requieren ser informados por profesional.

Existen dos tipos de salida:

- **Las salidas médicas**, corresponden a los egresos determinados por una decisión de un médico, dentista o profesional validado; y deben estar validadas mediante los formatos correspondientes.
- **Las salidas administrativas** corresponden a los egresos determinados por personal administrativo u otro autorizado; se asocian a las causales: libre elección, inasistencias, rechazo a la atención, fallecimiento, derivación.

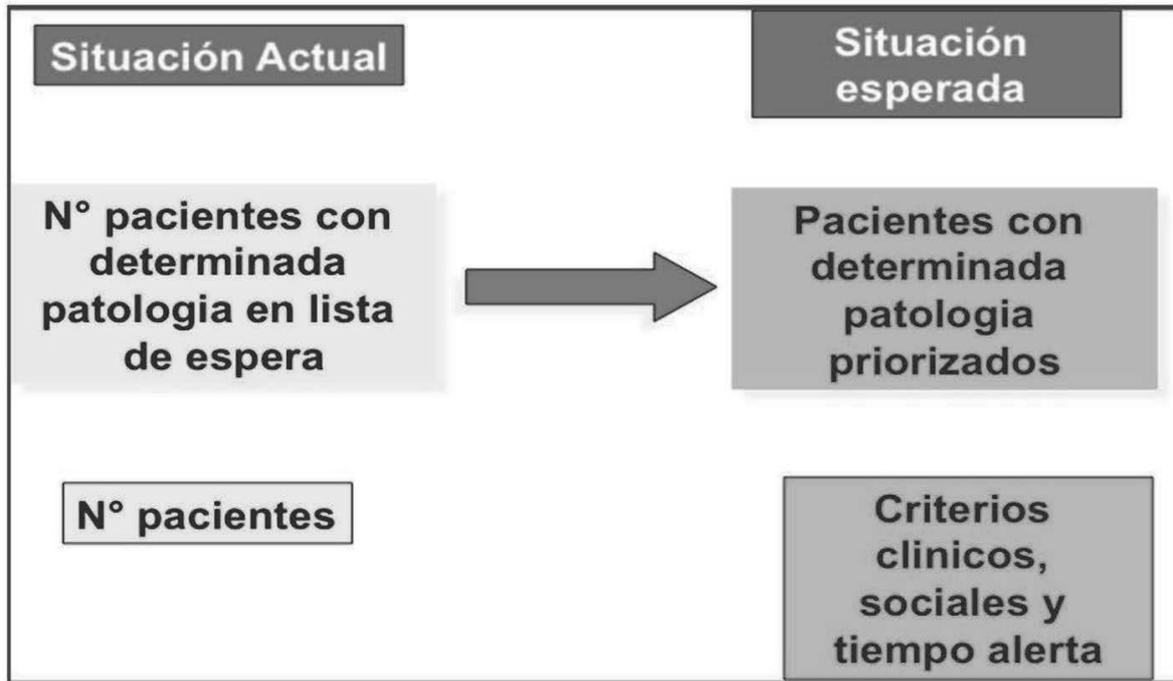
Dado que habitualmente la comunicación se produce, a través de contacto telefónico con el paciente o familiar, estas causales de salida no exigen acreditación documental específica, pero se debe resguardar el registro de esta información, señalando datos de la fuente de contacto: nombre, cédula de identidad, si no es el paciente, la relación con éste, motivo o causal de salida y la fecha de la comunicación. (Historia clínica o documento definido localmente).

1. Identificación e implementación de soluciones por UGR-DMH

- Socialización y capacitación
- Implementación y evaluación
- Definición de flujos eficientes de referencia y contrareferencia
- Identificación y socialización de carteras de servicios y horarios
- Consolidación de la referencia y contrareferencia con el agendamiento de la atención especializada desde el primer nivel.
- Seguimiento de pacientes con referencias para intervenciones quirúrgicas
- Seguimiento de las altas de pacientes referidos y de su contrareferencia
- Capacitación personalizada
- Asegurar la disponibilidad de computador, digitador y acceso a internet
- Mejoramiento de la indicación de una intervención, estancias o prueba, que es trabajar sobre la práctica clínica con evidencias
- Información a usuarios

2. Monitoreo y evaluación

- Definición de indicadores y mecanismos de reporte
- Monitoreo de causales de salida y ausentismo consulta y hospitalización
- Informes y resúmenes x CZ y nacional
- Implementación de incentivos
- Resultado esperado:



Elaboración: equipo de trabajo DNAMSNSRP.

ANEXO 22 – INSTRUMENTOS SOBRE CUIDADO PALIATIVO

INSTRUMENTO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE ENFERMEDAD AVANZADA – TERMINAL Y NECESIDAD DE ATENCIÓN PALIATIVA EN SERVICIOS DE SALUD Y SOCIALES INSTRUMENTO NECPAL CCOMS-ICO©/***(Necesidades Paliativas)

¿Para qué sirve el instrumento NECPAL CCOMS-ICO©?

- Se trata de una estrategia de identificación de enfermos, que requieren medidas paliativas, especialmente, en servicios generales (Atención Primaria, servicios hospitalarios convencionales, etc.)
- La intención del instrumento NECPAL CCOMS-ICO© es identificar enfermos, que requieren medidas paliativas, de cualquier tipo
- Una vez identificado el paciente, hay que iniciar un enfoque paliativo consistente en la aplicación de las recomendaciones, que se explicitan en los 6 Pasos para una Atención Paliativa (ver más adelante)
- La identificación de esta situación **no contraindica, ni limita medidas de tratamiento específico de la enfermedad** si están indicadas o pueden mejorar el estado o la calidad de vida de los enfermos
- Las medidas paliativas pueden ser implementadas por cualquier equipo en cualquier servicio de salud

¿Para qué NO sirve el instrumento NECPAL CCOMS-ICO©?

- Para determinar el pronóstico, ni la supervivencia
- Para contraindicar, necesariamente, la adopción de medidas de control de la enfermedad, ni el tratamiento de procesos intercurrentes
- Para definir el criterio de intervención de equipos específicos de cuidados paliativos, intervención que, en todo caso, vendrá determinada por la complejidad del caso y de la intervención propuesta
- Para rechazar medidas terapéuticas curativas proporcionadas que puedan mejorar la calidad de vida.

¿A quién hay que administrar el instrumento NECPAL CCOMS-ICO[®]?

A personas con **enfermedades crónicas evolutivas avanzadas**, con los diagnósticos y situaciones que a continuación se relacionan:

- Paciente **oncológico** especialmente afectado por la enfermedad
- Paciente con **enfermedad pulmonar crónica** especialmente afectado por la enfermedad
- Paciente con **enfermedad cardíaca crónica** especialmente afectado por la enfermedad
- Paciente con **enfermedad neurológica crónica** (incluyendo AVC, ELA, EM, Parkinson, enfermedad de moto neurona) especialmente afectado por la enfermedad
- Paciente con **enfermedad hepática crónica grave** especialmente afectado por la enfermedad
- Paciente con **enfermedad renal crónica grave** especialmente afectado por la enfermedad
- Paciente con **demencia** especialmente afectado por la enfermedad
- Paciente **geriátrico** que, a pesar de no padecer ninguna de las enfermedades antes citadas, está en situación de **fragilidad particularmente avanzada**
- Paciente que, a pesar de no ser geriátrico, ni sufrir ninguna de las enfermedades antes citadas, padece **alguna otra enfermedad crónica, particularmente grave y avanzada**
- Paciente, que sin estar incluido en los grupos anteriores, últimamente ha precisado ser **ingresado o atendido domiciliarmente con más intensidad de la esperable**

¿Qué se considera una identificación positiva?

Cualquier paciente con:

- **Pregunta Sorpresa** (pregunta 1) con respuesta **NEGATIVA**, y
- Al menos **otra pregunta** (2, 3 ó 4) con respuesta **POSITIVA**, de acuerdo con los criterios establecidos

¿Qué son los 6 Pasos para una Atención Paliativa?

Son las recomendaciones básicas para la atención paliativa de los enfermos identificados, que se resumen en:

1. Identificar Necesidades Multidimensionales
2. Practicar un Modelo de Atención impecable
3. Elaborar un Plan Terapéutico Multidimensional y Sistemático (Cuadro de Cuidados)
4. Identificar valores y preferencias del enfermo: Ética Clínica y Planificación de Decisiones Anticipadas (Advance Care Planning)
5. Involucrar a la familia y al cuidador principal
6. Realizar gestión de caso, seguimiento, atenciones continuada y urgente, coordinación y acciones integradas de servicios

* **Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, Espauella J, Espinosa J, Figuerola M, Esperalba J. Instrumento NECPAL CCOMS-ICO[®]: Identificación de Pacientes con Enfermedades Crónicas Evolutivas y Necesidades de Atenciones y Medidas Paliativas en Servicios de Salud y Sociales. Centro Colaborador de la OMS para Programas Públicos de Cuidados Paliativos. Instituto Catalán de Oncología. Accesible en: <http://ico.gencat.cat>**

** **Autorización del uso del Instrumento NECPAL CCOMS-ICO[®] para el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, por los autores en Octubre 2013**

INSTRUMENTO NECPAL CCOMS-ICO[®]
(Necesidades Paliativas)

INSTRUMENTO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE ENFERMEDAD AVANZADA – TERMINAL Y NECESIDAD DE ATENCIÓN PALIATIVA EN SERVICIOS DE SALUD Y SOCIALES

1. LA PREGUNTA SORPRESA – una pregunta intuitiva que integra comorbilidad, aspectos sociales y otros factores	
¿Le sorprendería que este paciente muriese en los próximos 12 meses?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
2. ELECCIÓN / DEMANDA O NECESIDAD¹ – explore si alguna de las siguientes dos preguntas es afirmativa	
Elección / demanda: ¿el paciente con enfermedad avanzada o su cuidador principal han solicitado, explícita o implícitamente, la realización de tratamientos paliativos / de confort de forma exclusiva, proponen limitación del esfuerzo terapéutico o rechazan tratamientos específicos o con finalidad curativa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Necesidad: ¿considera que este paciente requiere actualmente medidas paliativas o tratamientos paliativos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. INDICADORES CLÍNICOS GENERALES DE SEVERIDAD Y PROGRESIÓN – explore la presencia de cualquier de los siguientes criterios de severidad y fragilidad extrema	
Marcadores nutricionales , cualquiera de los siguientes, en los últimos 6 meses: <input type="checkbox"/> Severidad: albúmina sérica < 2,5 g/dl, no relacionada con descompensación aguda <input type="checkbox"/> Progresión: pérdida de peso > 10% <input type="checkbox"/> Impresión clínica de deterioro nutricional o ponderal sostenido, intenso / severo, progresivo, irreversible y no relacionado con proceso intercurrente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Marcadores funcionales , cualquiera de los siguientes, en los últimos 6 meses: <input type="checkbox"/> Severidad: dependencia funcional grave establecida (Barthel < 25, ECOG > 2 ó Karnofsky < 50%) <input type="checkbox"/> Progresión: pérdida de 2 o más ABVD (actividades básicas de la vida diaria) a pesar de intervención terapéutica adecuada <input type="checkbox"/> Impresión clínica de deterioro funcional sostenido, intenso / severo, progresivo, irreversible y no relacionado con proceso intercurrente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otros marcadores de severidad y fragilidad extrema , al menos 2 de los siguientes, en los últimos 6 meses: <input type="checkbox"/> Úlceras por decúbito persistentes (estadio III – IV) <input type="checkbox"/> Infecciones con repercusión sistémica de repetición (> 1) <input type="checkbox"/> Síndrome confusional agudo <input type="checkbox"/> Disfagia persistente <input type="checkbox"/> Caídas (> 2)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Presencia de distress emocional con síntomas psicológicos sostenidos, intensos/severos, progresivos y no relacionados con proceso intercurrente agudo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Factores adicionales de uso de recursos , cualquiera de los siguientes: <input type="checkbox"/> 2 ó más ingresos urgentes (no programados) en centros hospitalarios o socio-sanitarios por enfermedad crónica en el último año Necesidad de cuidados complejos / intensos continuados, bien sea en una institución o en domicilio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Comorbilidad: ≥ 2 patologías concomitantes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¹ En el contexto mediterráneo/latino, donde la autonomía del propio enfermo es menos manifiesta que en el anglosajón/norte-europeo, es frecuente que sea la familia o miembros del equipo los que pueden solicitar limitación del esfuerzo terapéutico o medidas paliativas, o ambas

4. INDICADORES CLÍNICOS ESPECÍFICOS DE SEVERIDAD Y PROGRESIÓN POR PATOLOGÍAS – explore la presencia de criterios objetivos de mal pronóstico para las siguientes patologías seleccionadas

ENFERMEDAD ONCOLÓGICA (sólo requiere la presencia de un criterio) Sí No

- Diagnóstico confirmado de cáncer metastásico (estadio IV) y en algunos casos –como en las neoplasias de pulmón, páncreas, gástrica y esofágica- también en estadio III, que presenten: escasa respuesta o contraindicación de tratamiento específico, brote evolutivo en transcurso de tratamiento o afectación metastásica de órganos vitales (SNC, hígado, pulmonar masiva, etc.)
- Deterioro funcional significativo (Palliative Performance Status (PPS) < 50%)
- Síntomas persistentes mal controlados o refractarios, a pesar de optimizar tratamiento específico

ENFERMEDAD PULMONAR CRÓNICA (presencia de dos o más de los siguientes criterios) Sí No

- Disnea de reposo o de mínimos esfuerzos entre exacerbaciones
- Síntomas físicos o psicológicos de difícil manejo, a pesar de tratamiento óptimo bien tolerado
- En caso de disponer de pruebas funcionales respiratorias (con advertencia sobre la calidad de las pruebas), criterios de obstrucción severa: FEV1 < 30% o criterios de déficit restrictivo severo: CV forzada < 40% / DLCO < 40%
- En caso de disponer de gasometría arterial basal, cumplimiento de criterios de oxigenoterapia domiciliaria o estar actualmente realizando este tratamiento en casa
- Insuficiencia cardíaca sintomática asociada
- Ingresos hospitalarios recurrentes (> 3 ingresos en 12 meses por exacerbaciones de EPOC)

ENFERMEDAD CARDÍACA CRÓNICA (presencia de dos o más de los siguientes criterios) Sí No

- Insuficiencia cardíaca NYHA estadio III ó IV, enfermedad valvular severa o enfermedad coronaria extensa no revascularizable
- Disnea o angina de reposo o a mínimos esfuerzos
- Síntomas físicos o psicológicos de difícil manejo, a pesar de tratamiento óptimo bien tolerado
- En caso de disponer de ecocardiografía: fracción de eyección severamente deprimida (< 30%) o HTAP severa (RAP2 > 60 mmHg)
- Insuficiencia renal asociada (FG < 30 l/min)
- Ingresos hospitalarios con síntomas de insuficiencia cardíaca /cardiopatía isquémica, recurrentes (> 3 último año)

ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS CRÓNICAS (1): AVC (sólo requiere la presencia de un criterio) Sí No

- Durante la fase aguda y subaguda (< 3 meses post-AVC): estado vegetativo persistente o de mínima consciencia > 3 días
- Durante la fase crónica (> 3 meses post-AVC): complicaciones médicas repetidas (neumonía por aspiración, a pesar de medidas antibióticas), infección urinaria de vías altas (pielonefritis) de repetición (>1), fiebre recurrente a pesar de antibióticos (fiebre persistente post > 1 semana de ATB), úlceras per decúbito estadio 3-4 refractarias o demencia con criterios de severidad post-AVC

ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS CRÓNICAS (2): ELA Y ENFERMEDADES DE MOTONEURONA,

ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y PARKINSON (presencia de dos o más de los siguientes criterios) Sí No

- Deterioro progresivo de la función física y / o cognitiva, a pesar de tratamiento óptimo
- Síntomas complejos y difíciles de controlar
- Problemas en el habla / aumento de dificultad para comunicarse
- Disfagia progresiva
- Neumonía por aspiración recurrente, disnea o insuficiencia respiratoria

ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA GRAVE (sólo requiere la presencia de un criterio) Sí No

- Cirrosis avanzada: estadio Child C (determinado en ausencia de complicaciones o habiéndolas tratado y optimizado el tratamiento), puntuación de MELD-Na > 30 o con una o más de las siguientes complicaciones médicas: ascitis refractaria, síndrome hepato-renal o hemorragia digestiva alta por hipertensión portal persistente con fracaso al tratamiento farmacológico y endoscópico y no candidato a TIPS, en pacientes no candidatos a trasplante
- Carcinoma hepatocelular: presente, en estadio C o D (BCLC)

ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA GRAVE (sólo requiere la presencia de un criterio) Sí No

- Insuficiencia renal grave (FG < 15) en pacientes no candidatos a tratamiento sustitutivo y / o trasplante

DEMENCIA (presencia de dos o más de los siguientes criterios) Sí No

- Criterios de severidad: incapacidad para vestirse, lavarse o comer sin asistencia (GDS/FAST 6c), aparición de incontinencia doble (GDS/FAST 6d-e) o incapacidad de hablar o comunicarse con sentido -6 o menos palabras inteligibles- (GDS/FAST 7)
- Criterios de progresión: pérdida de 2 o más ABVD (actividades básicas de la vida diaria) en los últimos 6 meses, a pesar de intervención terapéutica adecuada (no valorable en situación hiperaguda por proceso intercurrente) o aparición de dificultad para tragar, o negativa a comer, en pacientes que no recibirán nutrición enteral o parenteral
- Criterio de uso de recursos: múltiples ingresos (> 3 en 12 meses, por procesos intercurrentes -neumonía aspirativa, pielonefritis, septicemia, etc.- que condición en deterioro funcional y/o cognitivo)

ANEXO 23- PROCEDIMIENTOS PARA PROCESAR DATOS PARA EVALUACIÓN DE LA RED

Objetivo:

Evaluar la progresión y el grado de integración de la RPIS hacia las redes integradas de servicios de salud, vista como un proceso evolutivo y continuo en el tiempo.

Procedimiento de aplicación:

Las técnicas a utilizar es una encuesta de respuesta cerrada, que incluye las directrices para el procesamiento de los datos, que son:

1. Fase 1: diagnóstica:

- a. Selección de encuestados: directivos y prestadores de la RPIS y RPC:
 - Experiencia de trabajo de más de un año en la red de servicios a investigar.
 - Buenos resultados en el trabajo (directivos y prestadores) según los reportes de auditorías y controles realizados.
 - Disponibilidad objetiva y subjetiva a participar en el ejercicio.
 - En el caso de los líderes comunitarios deben tener reconocido prestigio en sus áreas respectivas así como compromiso comunitario.
 - La participación debe ser totalmente voluntaria

2. Fase 2 : aplicación de instrumento y procesamiento:

- a. Para aplicar el instrumento y facilitar las respuestas se dan las siguientes definiciones:
 - **La red de servicios está Fragmentada:** La red en la cual usted labora, no ha logrado satisfacer, según su percepción, la afirmación relacionada con el criterio explorado.
 - **La red de servicios está Parcialmente Integrada:** La red en la cual usted labora, según su percepción, ha logrado en parte, satisfacer la afirmación relacionada con el criterio explorado.
 - **La red de servicios está Integrada:** La red en la cual usted labora, según su percepción, ha logrado plenamente satisfacer la afirmación relacionada con el criterio explorado.
 - La calificación de cada atributo es la siguiente:
 - Fragmentado: 0
 - Parcialmente integrado: 1
 - Integrado: 2
- b. Luego de la aplicación del instrumento, se tomará en cuenta, el nivel de integración que le otorga cada uno de los encuestados al atributo evaluado, asignando a cada respuesta un puntaje entre 0 y 2.
- c. Se calculará el puntaje máximo a obtener para cada atributo de acuerdo al total de encuestados de forma colectiva (puntaje ideal) y se determinará el Puntaje Real que se obtuvo para cada atributo y cada componente.
- d. Se porcentualiza el total de respuestas para cada atributo y componente de acuerdo al total de encuestados. Se considera válida, para cada categoría (Sistema Fragmentado, Sistema Parcialmente Integrado, Sistema Integrado), aquella respuesta que obtuviera más del 50% de los votos/puntos posibles.
- e. Se calculará el Índice de Integración para cada atributo (**IA**); el índice de integración del atributo, según sus componentes IC y el Índice General de Integración (**IGI**) de cada territorio evaluado.

3. Fase 3: Construcción del índice de integración de la Red:

Se aplica el procedimiento, que se describe a continuación:

$$\text{Para el cálculo del IA} = \frac{\text{Puntaje obtenido para cada atributo}}{\text{Puntaje máximo posible a obtener}} \quad (1)$$

Para el cálculo de **IC**:
Se calcula el Índice de Integración por componente (IPC)

$$\text{IPC} = \frac{\text{Puntaje obtenido en cada componente}}{\text{Puntaje máximo posible a obtener para cada componente}} \quad (2)$$

$$\text{IC} = \frac{\text{IPC}}{\text{Total de componentes del atributo}} \quad (3)$$

$$\text{Para el cálculo del IGI} = \frac{\text{Sumatoria del puntaje obtenido para cada atributo}}{13} \quad (4)$$

Se podrá calcular de este modo el IGI para cada red que se explore y el IGI global de un territorio dado.

4. Fase 4 : Presentación de resultados:

Escala	Operacionalización de cada categoría	Valor
Red de servicios Fragmentada	La red de servicios no ha logrado satisfacer la afirmación que aparece en el instrumento, con relación al criterio y atributo explorado.	< 0,5
Red de servicios Parcialmente Integrada	La red de servicios ha logrado en parte, satisfacer la afirmación que aparece en el instrumento, con relación al criterio y atributo explorado.	0,5 - 0,8
Red de servicios Integrada	La red de servicios ha logrado plenamente satisfacer la afirmación que aparece en el instrumento, con relación al criterio y atributo explorado.	>0,8



REGISTRO OFICIAL

ÓRGANO DEL GOBIERNO DEL ECUADOR

120 años

de servicio al país

