



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

**ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL**

**TESIS PROYECTO DE GRADO:**

"MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD COMUNITARIA, COMUNA SAN ANTONIO, PARROQUIA MANGLARALTO - CANTÓN SANTA ELENA".

**PREVIO AL TÍTULO DE:**

MAGÍSTER EN GESTIÓN PARA EL DESARROLLO LOCAL COMUNITARIO

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

RESPONSABILIDAD SOCIAL Y PARTICIPACIÓN: RESPONSABILIDAD SOCIAL  
CON LA GESTIÓN PÚBLICA

**AUTOR:**

CERÓN TATAC OSCAR IVÁN

**DIRECTORA DE PROYECTO DE GRADO:**

MTR. MARÍA CECILIA PÉREZ

**2014**

**QUITO-ECUADOR**



## **DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD**

Yo, Oscar Iván Cerón Tatac, declaro bajo juramento que la presente investigación es de total responsabilidad del autor y que se ha respetado las diferentes fuentes de información.

---

Oscar Iván Cerón Tatac

C.I. 1310821911



"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

## **CERTIFICADO DE AUTORÍA**

Se autoriza utilizar los contenidos de esta investigación como referencia bibliográfica para fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, citando como fuente de información al autor de la misma.

23 de junio de 2014

Nombre: Oscar Iván Cerón Tatac

Dirección: Ciudadela Espejo. Av. Las Palmeras 440 y Los Pinos

Email: ocerontatac@hotmail.com

Teléfono: 0984920621



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

---

"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

## **CERTIFICACIÓN**

Mtr. María Cecilia Pérez

DIRECTORA DEL PROYECTO DE GRADO

CERTIFICA:

Haber revisado el presente informe final de investigación, el mismo que se ajusta a las normas vigentes de la Escuela de Gestión Social, de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador; cumpliendo los requisitos establecidos por la Dirección General Académica; en consecuencia está apta para su presentación y sustentación.

---

Mtr. María Cecilia Pérez

C.I. 0600754618



"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

## DEDICATORIA

Al esfuerzo de tantos manabitas y choneros que estudian fuera de su tierra, sacrificando muchas cosas por cumplir un sueño profesional.

A mi familia, que me ha ayudado a luchar por vivir día a día.

A mis amigos, que han formado parte primordial de mi aprendizaje.

Me lo dedico de forma directa, por el inmenso esfuerzo de tantas noches y días viajando, esforzándome al máximo, sin perder nunca el espíritu por crecer profesionalmente.



"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

## AGRADECIMIENTO

A mis mamás y mi hermana, que me han cuidado con tanto cariño y paciencia durante mis peores momentos, ayudándome a vivir de nuevo.

A mi querido amigo, el Dr. Ronal Vera, que ha sido parte vital de esta investigación y que, sin su ayuda, no sería una mejor persona y profesional, como lo soy ahora.

A mis amigas Gaby y Verónica, que me acompañaron, apoyaron y compartimos tantas jornadas durante el proceso de estudio.

A mi Directora del proyecto y Coordinadora de la maestría, María Cecilia Pérez, que aceptó ayudarme en este reto y supo lo que me ha costado culminar este logro.

A las comunidades objeto de esta investigación, sus integrantes son quienes contribuyen al progreso del país desde lo local.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

---

"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

## **TRIBUNAL DE GRADUACIÓN**

El jurado examinador, aprueba el presente informe de investigación en nombre de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador:

---

Dr. Rafael Fraga, Phd  
Profesor calificador 1

---

Mtr. Carmen Galindo  
Profesor calificador 2



"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

## CONTENIDO

	Pág.
PORTADA	
DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD	I
CERTIFICADO DE AUTORÍA	II
CERTIFICACIÓN DE TUTOR	III
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO	V
TRIBUNAL DE GRADUACIÓN	VI
CONTENIDO	VII
RESUMEN	XVII
ABSTRACT	XIX
PRESENTACIÓN	XX
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>EL PROBLEMA Y MARCO TEÓRICO</b>	1
1.1 EL PROBLEMA	2
1.1.1 ANTECEDENTES	2
1.1.2 FORMULACIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	5
1.1.3 JUSTIFICACIÓN	6
1.1.4 OBJETO DE ESTUDIO Y CAMPO DE ACCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	10
1.1.5 OBJETIVOS	11
1.1.5.1 OBJETIVO GENERAL	11
1.1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
1.1.6 IDEA A DEFENDER	12
1.1.7 VARIABLES	12
1.1.8 NOVEDAD	12
1.2 MARCO TEÓRICO	13
1.2.1 MARCO CONCEPTUAL	13
1.2.1.1 DESARROLLO LOCAL COMUNITARIO: SIGNIFICADO Y RELEVANCIA	13
1.2.1.2 SALUD INTEGRAL	24
1.2.1.3 POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD	30
1.2.1.4 MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD	37
1.2.2 MARCO LEGAL Y NORMATIVO	46
1.2.2.1 CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR	46
1.2.2.2 EL PLAN NACIONAL PARA EL BUEN VIVIR 2009 – 2013	49
1.2.2.3 LEY ORGÁNICA DE SALUD	50
1.2.2.4 LA AGENDA SOCIAL 2009 – 2011 (MCDS, 2009)	51
1.2.2.5 OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO	52
1.2.2.6 VISIÓN Y MISIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR	53



"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

## **CAPÍTULO II**

### **IDENTIFICACIÓN DEL CONTEXTO SOCIAL (LOGROS Y NUDOS CRÍTICOS)** 54

#### **2.1 CARACTERIZACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO** 55

##### **2.1.1 ANTECEDENTES DEL PUESTO DE SALUD DE SAN ANTONIO** 56

2.1.1.1 DESCRIPCIÓN DE UNIDAD OPERATIVA 56

2.1.1.2 VENTAJAS DEL PUESTO DE SALUD 56

2.1.1.3 PROBLEMÁTICA DEL PUESTO DE SALUD 57

2.1.1.4 COMUNIDADES ASIGNADAS AL PUESTO DE SALUD "SAN ANTONIO" 58

2.1.1.5 ESTADO SITUACIONAL DE LAS COMUNIDADES ASIGNADAS AL PUESTO DE SALUD "SAN ANTONIO". 59

2.1.1.5.1 COMUNA "SAN ANTONIO" 59

2.1.1.5.2 COMUNA "LIBERTADOR BOLIVAR" 61

2.1.1.5.3 COMUNA CADEATE 61

2.1.1.5.4 COMUNA SITIO NUEVO 63

2.1.1.5.5 CENSO POBLACIONAL 66

##### **2.1.2 ANÁLISIS DEL CONTEXTO SOCIAL: DERECHOS INDIVIDUALES Y COLECTIVOS, DE GÉNERO Y DE INTERCULTURALIDAD DE LA POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO** 71

2.1.2.1 DERECHOS LABORALES Y ECONOMÍA DEL CUIDADO 72

## **CAPÍTULO III**

### **ESTRATEGIAS IMPLEMENTADAS** 75

#### **(ENFOQUE FAMILIAR, DE GÉNERO, INTERCULTURALIDAD, PARTICIPACIÓN CIUDADANA, ENLACE CON LAS POLÍTICAS PÚBLICAS Y LOS DERECHOS INDIVIDUALES Y COLECTIVOS)**

##### **3.1 ANTECEDENTES TÉCNICOS** 76

##### **3.2 COMPONENTE DE PROVISION DE SERVICIOS DE SALUD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN EL SUBCENTRO DE SAN ANTONIO** 78

##### **3.2.1 GRUPOS DE POBLACIÓN A QUIENES SE ENTREGARÁ LA ATENCIÓN (POLÍTICAS PÚBLICAS)** 79

3.2.1.1 GRUPOS POR CICLOS DE VIDA INDIVIDUAL - FAMILIAR 80

3.2.1.2 GRUPOS PRIORITARIOS ESTABLECIDOS EN LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA 80

3.2.1.3 GRUPOS EXPUESTOS A CONDICIONES ESPECÍFICAS DE RIESGO LABORAL, AMBIENTAL Y SOCIAL 81

##### **3.2.2 CONJUNTO DE PRESTACIONES POR CICLOS DE VIDA** 81

3.2.2.1 PRESTACIONES POR CICLO DE VIDA 82

3.2.2.2 ACTIVIDADES A EJECUTAR POR LOS EQUIPOS INTEGRALES DE SALUD EN EL SISTEMA NACIONAL DE 83

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

<b>SALUD</b>	
3.2.1.3 ACTIVIDADES EXTRAMURALES	84
3.2.3 ENFOQUES EN LA ATENCIÓN (DERECHOS INDIVIDUALES Y COLECTIVOS)	85
3.2.3.1 ATENCIÓN INDIVIDUAL	85
3.2.3.2 ATENCIÓN FAMILIAR	86
3.2.3.3 ATENCIÓN INTERCULTURAL	86
3.2.3.4 ATENCIÓN A LA COMUNIDAD	89
3.2.3.5 ATENCIÓN AL AMBIENTE O ENTORNO NATURAL	91
3.2.4 MODALIDADES DE ATENCIÓN EJECUTADAS	91
3.2.4.1 ENFOQUE DE ATENCIÓN INDIVIDUAL, FAMILIAR, INTERCULTURAL Y DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA	92
3.2.4.1.1 PROGRAMAS Y ACTIVIDADES IMPLEMENTADOS	92
• ATENCIÓN INTRAMURAL O EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	92
• ATENCIONES MÉDICAS EN LA UNIDAD OPERATIVA DE SAN ANTONIO	92
• ATENCIÓN INTRAMURAL MEDICINA GENERAL	93
• MEDIDAS PARA EL MEJORAMIENTO EN LA ATENCIÓN INTRAMURAL.	94
• PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	99
• ANÁLISIS DEL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	103
• ATENCIÓN EXTRAMURAL O COMUNITARIA	105
• MAPAS PARLANTES DE LAS COMUNIDADES	106
• CHARLAS EDUCATIVAS PREVENTIVAS	109
• ATENCIÓN PRE-HOSPITALARIA	109
• CARPAS DE ATENCIÓN MÉDICA EN FERIADOS	110
• PROGRAMA DE CONTROL Y VIGILANCIA DE LA RABIA	110
3.2.4.2. ENFOQUE DE ATENCIÓN DE GÉNERO Y GRUPOS DE ATENCIÓN PRIORITARIA	112
3.2.4.2.1 PROGRAMAS Y ACTIVIDADES IMPLEMENTADOS	112
• SALUD ESCOLAR	112
• ATENCIÓN A CENTROS INTEGRALES DEL BUEN VIVIR “CIBV”	118
• PROGRAMA INTEGRADO DE MICRONUTRIENTES (PIM)	120
• PROGRAMA NACIONAL DE TAMIZAJE NEONATAL	123
• PROGRAMA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES (ECNT)	126
• PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES	129
• CAMPAÑA DE VACUNACION CONTRA LA INFLUENZA	134
• PROGRAMA DE TAMIZAJE AUDITIVO	145
• PROGRAMA DE CONTROL DE TUBERCULOSIS	146
• PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	150
• PROGRAMA PARA LA LUCHA CONTRA EL PALUDISMO Y DENGUE.	150



"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

- PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR 151

## **CAPÍTULO IV**

### **AJUSTES METODOLÓGICOS PERTINENTES E IMPACTOS SOCIALES 153**

#### **4.1. ASPECTOS ESTRUCTURALES PARA LA EVALUACIÓN Y OPERATIVIZACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN LA UNIDAD OPERATIVA DE SALUD SAN ANTONIO 154**

##### **4.1.1 DESCRIPCION DE LA HERRAMIENTA METODOLOGICA 155**

##### **4.1.2 GRADO DE IMPLEMENTACIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS SECTORIALES Y SUS INSTRUMENTOS 158**

###### **4.1.2.1 BLOQUE DE CONSTITUCIONALIDAD 159**

###### **4.1.2.2 ESTRATEGIA DE LARGO PLAZO 160**

###### **4.1.2.3 PLAN NACIONAL PARA EL BUEN VIVIR 2009-2013 161**

###### **4.1.2.4 AGENDAS PARA LA IGUALDAD 163**

###### **4.1.2.5 PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL 165**

##### **4.1.3 ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE DESARROLLO 166**

###### **4.1.3.1 IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD DE LA POLÍTICA PÚBLICA 167**

###### **4.1.3.2 CONFORMACIÓN DE EQUIPOS POLÍTICOS Y TÉCNICOS 169**

###### **4.1.3.3 CONFORMACIÓN DE ESPACIOS DE PARTICIPACIÓN DE ACTORES SOCIALES 171**

##### **4.1.4 LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA EJECUTADOS EN EL MAIS-FCI 174**

###### **4.1.4.1 LÍNEA ESTRATÉGICA 1: FOMENTAR LOS SISTEMAS TRADICIONALES DE SALUD (PLURINACIONALIDAD) 175**

###### **4.1.4.2 LÍNEA ESTRATÉGICA 2: FOMENTAR LOS ESPACIOS Y LAS ACCIONES INTERCULTURALES ENTRE LOS SISTEMAS DE SALUD ANCESTRALES Y SISTEMA DE SALUD CONVENCIONAL (INTERCULTURALIDAD) 178**

###### **4.1.4.3 LÍNEA ESTRATÉGICA 3: PROMOVER Y APOYAR OTROS MODELOS DE ATENCIÓN DE SALUD 181**

#### **4.2 ANÁLISIS Y PROPUESTA DE AJUSTES POR PROCESOS 181**

##### **4.2.1 PRIMER PROCESO: DIRECTRICES INSTITUCIONALES 183**

##### **4.2.2 SEGUNDO PROCESO: PLANEAMIENTO Y PROGRAMACIÓN DESCENTRALIZADA Y PARTICIPATIVA 189**

###### **4.2.2.1 PLANEAMIENTO EN BASE A LA OFERTA Y DEMANDA 190**

###### **4.2.2.2 PROGRAMACIÓN DESCENTRALIZADA Y PARTICIPATIVA 194**

##### **4.2.3 TERCER PROCESO: PROGRAMACIÓN INTEGRAL DE LAS PRESTACIONES Y COMPROMISOS DE GESTIÓN 198**

###### **4.2.3.1 PROGRAMAS Y PRESTACIONES 199**

###### **4.2.3.2 COMPROMISOS DE GESTIÓN 205**



"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

4.2.4 CUARTO PROCESO: SUPERVISIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN	208
<b>CONCLUSIONES</b>	213
<b>RECOMENDACIONES</b>	223
<b>SIGLAS</b>	229
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	232
<b>ANEXOS</b>	241

## ÍNDICE DE CUADROS

	<b>Pág.</b>
CUADRO N° 01: DERECHOS INDIVIDUALES Y COLECTIVOS EN SALUD E INSTITUCIONES RECTORAS	26
CUADRO N° 02: GLOSARIO DE TÉRMINOS UTILIZADOS HABITUALMENTE EN LA EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD EN SALUD PÚBLICA	30
CUADRO N° 03: DERECHOS DEL BUEN VIVIR	47
CUADRO N° 04: DERECHOS DEL BUEN VIVIR	47
CUADRO N° 05: DERECHOS DEL BUEN VIVIR	47
CUADRO N° 06: ESTATUTO ORGÁNICO DE GESTIÓN ORGANIZACIONAL POR PROCESOS DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	48
CUADRO N° 07: CÓDIGO ORGÁNICO DE PLANIFICACIÓN Y FINANZAS PÚBLICAS	48
CUADRO N° 08: OBJETIVO 01 DEL BUEN VIVIR	49
CUADRO N° 09: OBJETIVO 02 DEL BUEN VIVIR	49
CUADRO N° 10: OBJETIVO 03 DEL BUEN VIVIR	50
CUADRO N° 11: ARTÍCULOS DE LA LEY ORGÁNICA DE SALUD DEL ECUADOR	50
CUADRO N° 12: EJES DE INTERVENCIÓN (MCDS, 2009)	51
CUADRO N° 13: OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO	52
CUADRO N° 14: POBLACIÓN POR GRUPOS ETARIOS	66
CUADRO N° 15: POBLACIÓN POR GRUPOS ETARIOS	67
CUADRO N° 16: POBLACIÓN POR GRUPOS ETARIOS	68
CUADRO N° 17: POBLACIÓN POR GRUPOS ETARIOS	69
CUADRO N° 18: POBLACIÓN POR GRUPOS ETARIOS	70
CUADRO N° 19: GRUPOS ETÁREOS DE ATENCIÓN EN EL SUBCENTRO DE SAN ANTONIO	80
CUADRO N° 20: PRINCIPALES PRESTACIONES DE PREVENCIÓN	82
CUADRO N° 21: PRINCIPALES PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN	82
CUADRO N° 22: PRINCIPALES INTERVENCIONES DE REHABILITACIÓN	82
CUADRO N° 23: PRINCIPALES INTERVENCIONES DE CUIDADOS PALIATIVOS	83



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

CUADRO N° 24: ACTIVIDADES EJECUTADAS POR LOS EQUIPOS INTEGRALES	83
CUADRO N° 25: PRINCIPALES ACTIVIDADES EXTRAMURALES	84
CUADRO N° 26: ATENCIÓN INTRAMURAL SCS SAN ANTONIO (SEPTIEMBRE 2012 – AGOSTO 2013)	94
CUADRO N° 27: CONSOLIDADO TOTAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA REALIZADOS EN EL P.S. SAN ANTONIO DESDE 1 SEPTIEMBRE 2012 HASTA 31 DE AGOSTO DEL 2013.	98
CUADRO N° 28: ATENCIONES DE MORBILIDAD POR GRUPO ETARIO EN NÚMEROS ABSOLUTOS (ENERO 2013-AGOSTO 2013. P.S. SAN ANTONIO)	100
CUADRO N° 29: PRINCIPALES MORBILIDADES POR GRUPO ETARIO: PS SAN ANTONIO (ENERO 2013-AGOSTO 2013)	101
CUADRO N° 30: ATENCIONES EN FERIADOS	110
CUADRO N° 31: CENSO DE POBLACIÓN ESCOLAR (JULIO 2013)	113
CUADRO N° 32: TOTAL ESCOLARES DESPARASITADOS POR ESCUELA EN COMUNIDADES ASIGNADAS A SCS SAN ANTONIO	115
CUADRO N° 33: TOTAL VACUNAS DT PEDIÁTRICO EN SALUD ESCOLAR, 2013	116
CUADRO N° 34: PORCENTAJE DE NIÑOS DE 6 AÑOS VACUNADOS CON VARICELA Y SRP EN LOS DIFERENTES ESTABLECIMIENTOS ASIGNADOS DENTRO DEL PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR (JUNIO 2013)	117
CUADRO N° 35: PORCENTAJE DE NIÑOS DE 10 AÑOS VACUNADOS CON VARICELA EN LOS DIFERENTES ESTABLECIMIENTOS ASIGNADOS EN EL PROGRAMA SALUD ESCOLAR (JUNIO 2013)	117
CUADRO N° 36: PORCENTAJE DE NIÑOS DE 11 AÑOS VACUNADOS CON HB (HEPATITIS)	117
CUADRO N° 37: TOTAL POBLACIÓN INFANTIL EN CIBVS ASIGNADOS AL PS SAN ANTONIO Y MESES DONDE SE REALIZÓ LA ATENCIÓN	119
CUADRO N° 38: TAMIZAJE METABOLICO NEONATAL 2012	124
CUADRO N° 39: TAMIZAJE METABOLICO NEONATAL 2013	125
CUADRO N° 40: PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES ATENDIDOS DURANTE EL AÑO DE MEDICINA RURAL, CASOS NUEVOS Y CASOS SUBSECUENTES	128
CUADRO N° 41: CASOS NUEVOS Y SUBSECUENTES DE ECNT PS SAN ANTONIO	129
CUADRO N° 42: COBERTURAS DE VACUNACIÓN POR GRUPOS ETARIOS	131
CUADRO N° 43: POBLACIÓN VACUNADA CONTRA LA INFLUENZA NOVIEMBRE 2012	135
CUADRO N° 44: PORCENTAJE DE INMUNIZACION DE BCG - PUESTO DE SALUD SAN ANTONIO ENERO HASTA AGOSTO 2013	137
CUADRO N° 45: PORCENTAJE DE INMUNIZACION EN NIÑOS	138

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

MENORES DE UN AÑO	
PUESTO DE SALUD SAN ANTONIO ENERO HASTA AGOSTO 2013	
CUADRO Nº 46: PORCENTAJE DE INMUNIZACION EN NIÑOS 6 A 11 MESES PUESTO DE SALUD SAN ANTONIO ENERO HASTA AGOSTO DEL 2013	139
CUADRO Nº 47: PORCENTAJE DE INMUNIZACION DE SRP, FIEBRE AMARILLA, VARICELA Y NEUMOCOCO EN NIÑOS DE 12 A 23 MESES DE ENERO HASTA AGOSTO 2013	140
CUADRO Nº 48: PORCENTAJE DE INMUNIZACION DE SRP, FIEBRE AMARILLA, VARICELA Y NEUMOCOCO EN NIÑOS DE 12 A 23 MESES DE ENERO HASTA AGOSTO 2013	141
CUADRO Nº 49: PORCENTAJE DE INMUNIZACION EN NIÑOS DE 12 A 23 MESES PUESTO DE SALUD SAN ANTONIO ENERO HASTA AGOSTO 2013	141
CUADRO Nº 50: PORCENTAJE DE INMUNIZACION DE NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS PUESTO DE SALUD SAN ANTONIO ENERO - AGOSTO DEL 2013	142
CUADRO Nº 51: PORCENTAJE DE INMUNIZACIÓN DE MUJERES EMBARAZADAS Y EN EDAD FERTIL DESDE ENERO HASTA AGOSTO DEL 2013 PUESTO DE SALUD SAN ANTONIO	143
CUADRO Nº 52: PORCENTAJE DE INMUNIZACIÓN DE MUJERES EMBARAZADAS Y EN EDAD FERTIL DESDE ENERO HASTA AGOSTO DEL 2013	144
CUADRO Nº 53: PRINCIPIOS BÁSICOS PARA EL ANÁLISIS	157
CUADRO Nº 54: CONTEXTO LEGAL Y REGULATORIO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	162
CUADRO Nº 55: FUNCIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ECUATORIANO	183
CUADRO Nº 56: OBJETIVOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ECUATORIANO	187
CUADRO Nº 57: PROGRAMAS DE INVERSIÓN MSP	203
CUADRO Nº 58: GUÍA DE SUPERVISIÓN MSP	210
CUADRO Nº 59: CONCLUSIONES ESTRATIFICADAS	215

## ÍNDICE DE FIGURAS

	<b>Pág.</b>
FIGURA Nº 01: DERECHOS COLECTIVOS E INDIVIDUALES EN SALUD Y EL PNBV	28
FIGURA Nº 02: SISTEMA DE SALUD DEL ECUADOR: PÚBLICO Y PRIVADO	32
FIGURA Nº 03: NUEVA ORGANIZACIÓN TERRITORIAL EN POLÍTICAS DE SALUD	36
FIGURA Nº 04: MODELO DE ATENCIÓN Y EL SISTEMA DE SALUD	37
FIGURA Nº 05: NIVELES DE ATENCIÓN DEL MAIS-FCI	38

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

FIGURA Nº 06: EL MAIS-FCI Y SU INTEGRALIDAD	43
FIGURA Nº 07: ZONA DE INFLUENCIA DEL SCS SAN ANTONIO	58
FIGURA Nº 08: PRINCIPALES ESTABLECIMIENTOS COMUNA CADEATE	63
FIGURA Nº 09: POBLACIÓN POR GRUPOS ETARIOS	66
FIGURA Nº 10: POBLACIÓN POR GRUPOS ETARIOS	67
FIGURA Nº 11: POBLACIÓN POR GRUPOS ETARIOS	68
FIGURA Nº 12: POBLACIÓN POR GRUPOS ETARIOS	69
FIGURA Nº 13: POBLACIÓN POR GRUPOS ETARIOS	70
FIGURA Nº 14: MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD (MAIS-FCI)	77
FIGURA Nº 15: PRINCIPALES URGENCIAS Y EMERGENCIAS MÉDICAS PRESENTADAS EN PS SAN ANTONIO (SEPTIEMBRE 2012-AGOSTO 2013)	95
FIGURA Nº 16: ATENCIONES DE ACUERDO AL SEXO	97
FIGURA Nº 17: ATENCIONES DADAS POR GRUPO ETARIO EN AÑO RURAL	98
FIGURA Nº 18: PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA REALIZADOS EN AÑO RURAL	99
FIGURA Nº 19: MORBILIDADES EN DATOS PORCENTUALES POR GRUPO ETARIO (ENERO 2013- AGOSTO 2013)	102
FIGURA Nº 20: PRINCIPALES MORBILIDADES/PS SAN ANTONIO (ENERO 2013-AGOSTO 2013)	103
FIGURA Nº 21: MAPA PARLANTE COMUNA LIBERTADOR BOLÍVAR	106
FIGURA Nº 22: MAPA PARLANTE COMUNA SITIO NUEVO	107
FIGURA Nº 23: MAPA PARLANTE COMUNA CADEATE	107
FIGURA Nº 24: MAPA PARLANTE COMUNA RÍO CHICO	108
FIGURA Nº 25: MAPA PARLANTE COMUNA SAN ANTONIO	108
FIGURA Nº 26: CAMPAÑA DE VACUNACIÓN CONTRA LA RABIA	111
FIGURA Nº 27: ESTADO NUTRICIONAL EN ESCOLARES. PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR PS SAN ANTONIO (JULIO 2013)	114
FIGURA Nº 28: TOTAL PORCENTUAL DE ESCOLARES INTERVENIDOS Y DESPARASITADOS EN PROGRAMA SALUD ESCOLAR, 2013. SCS SAN ANTONIO	115
FIGURA Nº 29: CANTIDAD DE ESCOLARES SUPLEMENTADOS CON CHISPAS EN EL PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR, 2013.	116
FIGURA Nº 30: PRINCIPALES MORBILIDADES DE CIBVS ASIGNADOS AL PS SAN ANTONIO DURANTE EL AÑO RURAL	120
FIGURA Nº 31: NUTRIENTES ENTREGADOS PS SAN ANTONIO (2012)	122
FIGURA Nº 32: NUTRIENTES QUE SE ENTREGARON EN LA UNIDAD OPERATIVA DESDE ENERO HASTA AGOSTO DEL 2013	123
FIGURA Nº 33: TMN REALIZADOS (2012)	124
FIGURA Nº 34: TMN REALIZADOS PS SAN ANTONIO 2013	125
FIGURA Nº 35: GRUPO ETARIO, POBLACIÓN SAN ANTONIO	132
FIGURA Nº 36: INMUNIZACION DE ESQUEMA REGULAR OCTUBRE – DICIEMBRE 2012 (MENORES DE 1 AÑO)	132

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

FIGURA Nº 37: INMUNIZACION	133
FIGURA Nº 38: INMUNIZACION EN NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS OCTUBRE – DICIEMBRE 2012	133
FIGURA Nº 39: INMUNIZACION	134
FIGURA Nº 40: CAMPAÑA DE VACUNACIÓN CONTRA LA INFLUENZA 2012	135
FIGURA Nº 41: CAMPAÑA DE VACUNACION CONTRA LA INFLUENZA NOVIEMBRE 2012	136
FIGURA Nº 42: CAMPAÑA DE VACUNACION CONTRA LA INFLUENZA NOVIEMBRE 2012	136
FIGURA Nº 43: VACUNAS BCG	137
FIGURA Nº 44: PORCENTAJE DE INMUNIZACION EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO PUESTO DE SALUD SAN ANTONIO (ENERO HASTA AGOSTO 2013)	138
FIGURA Nº 45: PORCENTAJE DE INMUNIZACION EN NIÑOS 6 A 11 MESES PUESTO DE SALUD SAN ANTONIO ENERO HASTA AGOSTO DEL 2013	139
FIGURA Nº 46: PORCENTAJE DE INMUNIZACION DE SRP, FIEBRE AMARILLA, VARICELA Y NEUMOCOCO EN NIÑOS DE 12 A 23 MESES DE ENERO HASTA AGOSTO 2013	140
FIGURA Nº 47: PORCENTAJE DE INMUNIZACION DE SRP, FIEBRE AMARILLA, VARICELA Y NEUMOCOCO EN NIÑOS DE 12 A 23 MESES DE ENERO HASTA AGOSTO 2013	141
FIGURA Nº 48: PORCENTAJE DE INMUNIZACION EN NIÑOS DE 12 A 23 MESES PUESTO DE SALUD SAN ANTONIO ENERO HASTA AGOSTO 2013	142
FIGURA Nº 49: PORCENTAJE DE INMUNIZACION DE NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS PUESTO DE SALUD SAN ANTONIO ENERO - AGOSTO DEL 2013	143
FIGURA Nº 50: PORCENTAJE DE INMUNIZACIÓN DE MUJERES EMBARAZADAS Y EN EDAD FERTIL DESDE ENERO HASTA AGOSTO DEL 2013	144
FIGURA Nº 51: PORCENTAJE DE INMUNIZACIÓN DE MUJERES EMBARAZADAS Y EN EDAD FERTIL DESDE ENERO HASTA AGOSTO DEL 2013	145
FIGURA Nº 52: SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS	149
FIGURA Nº 53: PACIENTES EN TRATAMIENTO	150





"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

## RESUMEN

El estudio del Modelo de Atención Integral de Salud, aplicado en la Unidad Operativa de Salud de la comuna San Antonio, es un proyecto que va ligado a los requerimientos, demandas y expectativas de los comuneros, mediante la articulación y conjunción de las políticas, lineamientos estratégicos y normativas, adaptadas a la realidad local en la Unidad Operativa de Salud de la comuna San Antonio.

En el **Capítulo I** consta la fundamentación teórica y referencial que guió todo el estudio, estableciendo además, el ámbito de la intervención social en el que se aplica el modelo de atención comunitaria. El componente de gestión comprende los procesos gerenciales que brindan un soporte a la provisión y organización de los servicios de salud para el logro de resultados en el contexto del Modelo de Atención Integral enlazado a los enfoques de interculturalidad, de género y a las políticas públicas.

El **Capítulo II** enfatiza la identificación del contexto (logros y nudos críticos), en el cual se definen procesos analíticos y sintéticos desarrollados para caracterizar, medir y explicar el perfil demográfico y social de la población, incluyendo los problemas técnicos de la unidad operativa de salud.

El **Capítulo III** gira alrededor del análisis de las estrategias implementadas (enfoque familiar, de género, interculturalidad, participación ciudadana, enlace con las políticas públicas), a fin de conocer la cobertura y la calidad de las intervenciones. Se trata de verificar si el programa ha alcanzado la población focalizada y los subgrupos relevantes, y si se desarrollaron las actividades previstas con la calidad necesaria.



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR  
Escuela de Trabajo Social  
Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

En el **Capítulo IV** se analizan los ajustes metodológicos pertinentes para contribuir con los procesos de implementación adecuada del MAIS-FCI en la Unidad Operativa de Salud estudiada.

**PALABRAS CLAVES:** Salud, interculturalidad, género, políticas públicas, estrategias, participación ciudadana.



"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

## ABSTRACT

The study of the comprehensive health care model, applied in the operational health of the commune San Antonio, is a Project that is linked to the requirements, demands and expectations of the comunards, by articulating and combination of policies, strategic guidelines and standards, adapted to the local reality in the operative unit of San Antonio's community health.

In the first chapter consists the foundation theoretical and referential that guided throughout the study, also by setting the scope of social intervention in which the model of community care is applied. Management component includes management processes that provide support for the provision and organization of health services for the achievement of results in the context of integrated care model linked to the approaches of interculturality, gender and public policies.

Chapter II emphasizes the identification of context (achievements and critical knots), which defines analytical and synthetic processes developed to characterize, measure and explain social and demographic profile of the population, including the technical problems of the operative unit of health.

Chapter III revolves around analysis of implemented strategies (focus on family, gender, interculturality and citizen participation, link with public policy), in order to know the coverage and quality of interventions. It is verified whether the program has reached the targeted population and relevant subgroups, and if developed activities with the necessary quality.

Chapter IV discusses the relevant methodological adjustments to contribute to processes of proper implementation of the MAIS-FCI in the operations unit of health studied.



“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

## PRESENTACIÓN

En esta investigación se analizan múltiples aspectos relacionados con la salud comunitaria, considerándola como un proceso único e irrepetible, que se caracteriza por ser el factor integrador de la problemática de la salud individual de los miembros de la comuna y por tener un origen diverso en función de sus causas y efectos, donde intervienen factores socioeconómicos, psicosociales, psicológicos, socioambientales, del funcionamiento comunitario, de su evolución, su estructura y de la propia trascendencia local relacionada con la gestión pública.

La salud comunitaria no es estática, sino que está sometida a un proceso de transformación, donde juegan un papel fundamental las potencialidades con que cuenta la familia, el elemento base de la comunidad.

De esta forma, es que la participación de las comunidades en la planificación, administración, gestión y control de las acciones se vuelve importante para lograr un óptimo estado de salud de sus habitantes. Debido a que es uno de los campos que demandan mayor atención en nuestra sociedad, se prioriza la ejecución de procesos técnicos que aporten para compartir con la comunidad los diversos aspectos que integran la salud, convirtiéndose en uno de los ejes básicos para el logro de una comunidad saludable.

En suma, esta propuesta de proyecto de tesis, constituye una herramienta conceptual y metodológica para la implementación adecuada del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque familiar, comunitario e intercultural, que rige para el Sistema Nacional de Salud en Ecuador en la Unidad Operativa de Salud de la comuna San Antonio.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

La gestión pública juega un papel muy importante dentro de la sociedad civil, coordinando e interrelacionando los procesos entre la comunidad y aquellas instancias donde se toman las decisiones y se asignan los recursos.

El MAIS-FCI es una herramienta efectiva por el despliegue de acciones de control de los procesos en salud, focalizados en la comunidad. Requiere iniciativas comprensivas que incorporen los esfuerzos para dirigirse a las causas de la problemática de salud de la comuna.

También se puede afirmar que el plan y evaluación de tales iniciativas, se basa en “la teoría del cambio” que está ligado directamente con los lineamientos generales del Plan Nacional del Buen Vivir, y que buscan involucrar lo siguiente:

- 1) La inclusión de la población en el plan y en las fases de aplicación;
- 2) El desarrollo de intervenciones dentro del contexto social y cultural de la población; y
- 3) La definición de los objetivos a largo y mediano plazo que indique el progreso de las acciones de control de la problemática en salud.

Varios retos han impedido la ejecución sostenible y la expansión de las actividades en la aplicación y control del MAIS-FCI. Entre ellos la débil voluntad política para mejorar el sistema de salud y la débil respuesta social de la comunidad para el control de los procesos.

Los servicios generales de salud pública necesitan mejorar su capacidad de sostener y ampliar la ejecución del MAIS-FCI. La participación comunitaria y la necesidad de enfatizar el enfoque de promoción de la salud son necesarias para mejorar tanto el acceso como la utilización de los servicios de salud. La colaboración y la sinergia entre los sectores públicos, privados y voluntarios son esenciales para asegurar la accesibilidad a la salud integral.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

Para superar las profundas brechas que históricamente se han generado en el país en cuanto a la garantía del derecho a la salud, la Autoridad Sanitaria Nacional ha establecido estrategias que a corto y mediano plazo contribuyan a enfrentar las desigualdades con mayor eficacia, priorizando desde un enfoque de evitabilidad las condiciones, problemas y territorios a intervenir.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador ha desarrollado un modelo de priorización de enfermedades que se orienta a superar enfoques centrados exclusivamente en la carga global de la problemática hacia un enfoque de derechos y el logro de mayor eficiencia, eficacia e impacto social y económico en las intervenciones. Todo esto basado en una sistematización de los procesos técnicos con el control efectivo de la gestión pública por parte de la comunidad.

Esta herramienta es de fácil utilización, se articula al Modelo Integral de Salud como una herramienta de epidemiología comunitaria y permite integrar a los equipos de salud del nivel primario y secundario con la comunidad para involucrarlos en la identificación, análisis y toma de decisiones para intervenir con acciones integrales de salud.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
Escuela de Trabajo Social  
Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

|

## **CAPÍTULO I**

# **EL PROBLEMA Y MARCO TEÓRICO**



## CAPÍTULO I

### EL PROBLEMA Y MARCO TEÓRICO

#### 1. 1 EL PROBLEMA

##### 1.1.1 ANTECEDENTES

Según el artículo 32 de la Constitución: *“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”*. (SENPLADES, 2008)

En el campo operativo se puede decir que desde el año 2007 se ha ampliado la cobertura de este servicio mediante la dotación de infraestructura básica, el mejoramiento de las escalas salariales en el personal médico y paramédico, mejoramiento de los controles en la distribución de medicinas, y en el año 2012, con la puesta en marcha del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS-FCI).

El MAIS-FCI, en la Unidad Operativa de Salud de la comuna San Antonio, tiene dos años de funcionamiento y aún no se ha emprendido un proceso que sistematice y evalúe su gestión; la propuesta de esta tesis, es precisamente, efectuar un estudio del caso articulado a los requerimientos, demandas y expectativas de los comuneros, al Plan Nacional del Buen Vivir, a las políticas, lineamientos estratégicos y normativas existentes en el sector de la salud.

La Unidad Operativa de Salud de la comuna San Antonio, es un Centro de Salud Rural de primer nivel de atención que presta servicios de promoción, prevención, recuperación de la salud, cuidados paliativos, atención médica y de





**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

emergencia, atención odontológica, enfermería y actividades de participación comunitaria como la rehabilitación de base comunitaria. Cuenta con auxiliar de enfermería o técnico superior en enfermería y un/a profesional de la medicina rural. Está abierto durante 8 horas diarias. (MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, 2012)

El MAIS-FCI es una herramienta que enlaza a la ciudadanía con la política pública del nivel central y distrital; el modelo de atención a investigar, se desarrolla en los tres niveles de atención como un proceso que permite articular cuatro elementos (MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, 2012):

- La demanda en salud de la comunidad,
- La experiencia y el conocimiento de la realidad del área geográfica – poblacional, epidemiológica que poseen los equipos de salud,
- Las normas, protocolos de atención vigentes y,
- Los programas sociales y de salud impulsados desde varios sectores como: Inclusión Económica y Social, Educación, Vivienda, Atención a las Discapacidades, entre otros.

Para aplicarlo de manera integral, tal como versa el nombre del Modelo, requiere implementar los enfoques Familiar, Comunitario, Intercultural, de Género y Generacional, mismos que se expresan en normas, procedimientos y herramientas que los equipos de salud deben transversalizar para brindar una atención integral y de calidad.

Para la implementación adecuada del MAIS-FCI, el equipo técnico de las unidades operativas debería ejecutar los siguientes procesos:

- Elaboración del diagnóstico situacional.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

---

"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

- Participación en la formulación de planes estratégicos y distritales, incorporando el enfoque familiar, intercultural, de género e intergeneracional.
- Elaboración de planes operativos
- Planificación de las intervenciones de acuerdo a la identificación de riesgos, epidemiología y criterios de evitabilidad.
- Implementación del enfoque intercultural, de género e intergeneracional en la atención a la población usuaria.
- Coordinación con los otros niveles y unidades para la referencia y contrarreferencia de acuerdo a las normas y protocolos.
- Construcción de indicadores de producción intramural (Atenciones efectuadas dentro de la unidad operativa) y extramural (Atenciones efectuadas fuera de la unidad operativa), indicadores de calidad, de fichas familiares y de gestión e ingreso al sistema único de información.
- Elaboración de planes para el mejoramiento de la calidad.
- Análisis periódico de la metodología de implementación del modelo y elaboración de propuestas sobre ajustes metodológicos para el nivel distrital.
- Seguimiento de los procesos de formación y actividades de los TAPS (Técnicos de atención primaria de salud.)
- Implementación de las acciones de salud establecidas en el Plan de Salud distrital.
- Promoción de la participación social durante las distintas fases de implementación del modelo.

Todos estos procesos serán considerados en la investigación, sistematización y evaluación. Por otro lado, se buscará evidenciar que el nivel local constituye un espacio privilegiado para promover acciones intersectoriales y la participación comunitaria, para intervenir sobre los factores determinantes de la salud, identificando y controlando aquellos de riesgo y potenciando procesos



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

protectores de la salud integral, con el fin de lograr comunidades saludables y el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

## **1.1.2 FORMULACIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA**

### **PREGUNTA:**

¿Cuáles son los principales nudos críticos que ha enfrentado la implementación del Modelo de Atención de Salud en la Unidad Operativa de Salud de la comuna San Antonio, cantón Santa Elena, en los dos años de gestión?

### **SUBPREGUNTAS:**

- ¿Ha sido elaborado el diagnóstico situacional integral de la comunidad?
- ¿Se han gestionado las acciones de salud establecidas en el Plan de Salud distrital?
- ¿Se han incorporado los enfoques de inclusión social en la planificación, implementación y seguimiento de la gestión del MAIS-FCI en la Unidad Operativa objeto de estudio?
- ¿Se ha logrado la articulación propuesta con los otros niveles gubernamentales y otros sectores de la política pública?
- ¿Se ha asegurado la participación comunitaria, involucrando activamente a todos los actores sociales durante las distintas fases de implementación del modelo?
- ¿Se ha propuesto los ajustes metodológicos pertinentes para promover el logro de una comunidad saludable con enfoque integral?



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
Escuela de Trabajo Social  
Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

### **1.1.3 JUSTIFICACIÓN**

#### **a) JUSTIFICACIÓN TEÓRICA**

Esta tesis se propone efectuar un estudio de la sistematización del proceso de implementación de un modelo de salud comunitario, considerando dicho modelo como un factor integrador de la salud individual de quienes integran la comuna, de diferentes ámbitos y niveles de la política pública y por posibilitar el análisis de factores socioeconómicos, psicosociales del funcionamiento comunitario, de su evolución, su estructura.

La salud comunitaria (NOBIS, 2012) no es estática, sino que presenta un proceso de transformación en el que las potencialidades con que cuenta la familia, el elemento base de la comunidad, juegan un papel fundamental.

De esta forma, es que la participación de las comunidades en la planificación, administración, gestión y control de las acciones se vuelve importante para lograr un óptimo estado de salud de sus habitantes. La salud es uno de los campos que demanda mayor atención de nuestra sociedad, y por ello mismo, es prioritario articular la participación a los procesos técnicos que aportan en el logro de una comunidad saludable.

En suma, la propuesta de esta tesis, constituye una herramienta conceptual y metodológica para la implementación adecuada del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque familiar, comunitario e intercultural, que rige para el Sistema Nacional de Salud en Ecuador en la Unidad Operativa de Salud de la comuna San Antonio.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
Escuela de Trabajo Social  
Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

## **b) JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA**

Es necesario presentar alternativas que coadyuven a superar la situación actual (control al pronóstico), la metodología que se implementará apunta a lograr una evaluación que contribuya a identificar los resultados exitosos y las dificultades en el desarrollo de las estrategias del MAIS-FCI. Además, este proceso analiza el involucramiento de la comunidad en las acciones de salud, asumiéndola desde una perspectiva integral, lo que facilita la detección y diagnóstico de la problemática en salud de la comunidad, la adherencia a los tratamientos mediante procesos de educación, capacitación y supervisión efectuada por los promotores de salud y demás personal operativo.

Se parte del supuesto de que la implementación del MAIS-FCI es factible por la ejecución de los procesos de forma integradora entre las organizaciones comunales, las Organizaciones No Gubernamentales y las Unidades Operativas de Salud, pues eso permite el desarrollo de acciones de prevención y control de la problemática en salud en cada una de las comunidades, destacándose los siguientes logros:

- Inclusión de la población en el diagnóstico de sus necesidades de salud y en la elaboración de planes de atención.
- Desarrollo de intervenciones para la detección, diagnóstico y tratamiento de los casos bajo terapia directamente observada, con participación activa de la población, teniendo en cuenta factores culturales de las comunidades.
- Evaluación de los resultados de los procesos en salud ejecutados dentro de la comunidad incorporando el enfoque familiar, comunitario e intercultural.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

- La investigación será cualitativa y cuantitativa, contextual, interactiva y ética, se combinarán la observación, entrevistas formales e informales, acontecimientos históricos, registros o informes, cuestionarios y resultados experimentales.
- El enfoque de estadísticas reales de la población (pacientes, voluntarios, promotores de salud), además del desarrollo de reuniones de trabajo y documentación básica, mejorarán la constatación de la forma que en la comuna investigada, se han ejecutado los procesos implícitos en el MAIS-FCI, a través del trabajo conjunto de la comunidad, los promotores de salud, tecnólogos en atención primaria de salud y el personal de salud de las unidades operativas.

### **c) JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA**

La gestión pública juega un papel muy importante en la sociedad civil, coordinando e interrelacionando los procesos entre la comunidad y aquellos relacionados con la toma de decisiones y asignación de recursos.

La evaluación de las iniciativas implementadas por el MAIS-FCI en la Comuna de estudio, se basa en “la teoría del cambio” que está ligada directamente con los lineamientos generales del Plan Nacional del Buen Vivir (La Constitución dispone el cumplimiento del derecho a la salud, a través del ejercicio de otros derechos interdependientes con la finalidad de lograr el buen vivir, la vida plena o Sumak Kawsay). 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 y que buscan involucrar lo siguiente:



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

---

"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

- 1) la inclusión de la población en el plan y en las fases de aplicación;
- 2) el desarrollo de intervenciones dentro del contexto social y cultural de la población; y,
- 3) la definición de los objetivos a largo y mediano plazo que indiquen el progreso de las acciones en el control de la problemática en salud.

Varios factores han impedido la ejecución sostenible y la expansión de las actividades en la aplicación y control del MAIS-FCI. Entre ellos, la débil voluntad política para mejorar el sistema de salud y la ausencia de una respuesta social más dinámica por parte de la comunidad para el control de los procesos.

Los servicios generales de salud pública necesitan mejorar su capacidad de mantener y ampliar la ejecución del MAIS-FCI. La participación comunitaria y la necesidad de enfatizar el enfoque de promoción de la salud integral son necesarias para mejorar tanto el acceso, como la utilización de los servicios de salud. La colaboración y la sinergia entre los sectores públicos, privados y voluntarios son esenciales para asegurar accesibilidad a la salud integral (MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, 2012).

Para superar las profundas brechas que históricamente se han generado en el país en cuanto a la garantía del derecho a la salud, la Autoridad Sanitaria Nacional ha establecido estrategias que a corto y mediano plazo contribuyan a enfrentar las desigualdades con mayor eficacia, priorizando desde un enfoque de evitabilidad las condiciones, problemas y territorios a intervenir.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador ha desarrollado un modelo de priorización de enfermedades que se orienta a superar enfoques centrados exclusivamente en la carga global de la problemática hacia un enfoque de derechos y el logro de mayor eficiencia, eficacia e impacto social y económico



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
Escuela de Trabajo Social  
Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

en las intervenciones. Todo esto basado en una sistematización de los procesos técnicos con el control efectivo de la gestión pública por parte de la comunidad.

Esta herramienta es de fácil utilización, se articula al Modelo Integral de Salud como una herramienta de epidemiología comunitaria y permite integrar a los equipos de salud del nivel primario y secundario con la comunidad para involucrarlos en la identificación, análisis y toma de decisiones para intervenir con acciones integrales de salud.

### **1.1.4 OBJETO DE ESTUDIO Y CAMPO DE ACCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **A) OBJETO DE ESTUDIO**

La gestión pública en los procesos de salud como eje del desarrollo comunitario.

#### **B) CAMPO DE ACCIÓN**

Procesos y programas del Modelo de Atención Integral de Salud que posean un enfoque familiar, comunitario e intercultural aplicados en la Unidad Operativa de Salud de la comuna San Antonio, parroquia Manglaralto, cantón Santa Elena.

#### **C) LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL Y PARTICIPACIÓN: Responsabilidad social con la gestión pública.





**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
Escuela de Trabajo Social  
Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

## **1.1.5 OBJETIVOS**

### **1.1.5.1 GENERAL**

Identificar los logros y los nudos críticos que ha enfrentado la implementación del MAIS-FCI en la Unidad Operativa de Salud de la comuna San Antonio, cantón Santa Elena, en el período 2012 – 2013.

### **1.1.5.2 ESPECÍFICOS**

- i) Investigar la correspondencia del modelo con las necesidades de la comunidad.
- ii) Conocer las capacidades del talento humano, la logística y los recursos tecnológicos y presupuestarios con que cuenta la unidad operativa y relacionarlos con los resultados esperados por el MAIS-FCI (2012 – 2013).
- iii) Analizar las estrategias implementadas por la unidad operativa para implementar los enfoques de género, interculturalidad y familiar.
- iv) Estudiar las estrategias implementadas por la unidad operativa para la promoción de la participación ciudadana en las diferentes fases de implementación del MAIS – FCI.
- v) Analizar las estrategias implementadas por la unidad operativa para coordinar con otros niveles gubernamentales y otros sectores de la política pública.
- vi) Proponer los ajustes metodológicos pertinentes.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

### **1.1.6 IDEA A DEFENDER**

El Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque familiar, comunitario e intercultural aplicado en la Unidad Operativa de Salud de la comuna San Antonio, cantón Santa Elena, no se ha ejecutado en completa concordancia con la Política Pública, tampoco ha logrado promover la participación ciudadana en todas fases de implementación.

### **1.1.7 VARIABLES**

**VARIABLE INDEPENDIENTE:** Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI)

**VARIABLE DEPENDIENTE:** Ejecución en concordancia con la política pública y participación ciudadana.

### **1.1.8 NOVEDAD**

Determinada por la inercia del sector de la salud en el país, sin horizontes claros sobre los objetivos comunes de sus instituciones, la gestión de los hospitales del Ministerio de Salud Pública ha permanecido funcionando bajo la misma tónica. Dado que no se trata de realizar un análisis exhaustivo de sus características. (SACOTO, 2000)

La evaluación de la implementación del MAIS-FCI en una unidad operativa es de vital importancia, puesto que es la piedra angular del desarrollo de los procesos locales integradores de los componentes de salud local en el Ecuador.

El MAIS-FCI, es de reciente incorporación y ejecución, pero con más razón, su implementación debe ser ejecutada de forma técnica, controlada y dinámica.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

Integrando a la comunidad con el personal médico. Estableciendo factores de interculturalidad en la gestión pública. Hasta ahora, el MAIS-FCI no ha sido evaluado de forma local, empezando con las unidades médicas rurales.

En el caso ecuatoriano, la importancia fundamental de la atención en el primer nivel es evidente. Dotada de atributos de excelencia en calidad, calidez, capacidad resolutive e integralidad, la atención primaria debe ser la piedra angular del edificio de la atención de salud. Efectivamente, un alto porcentaje de problemas o enfermedades que se presentan frecuentemente en la población ecuatoriana, pueden tratarse, y lo que es más importante, prevenirse, con una acción local sistemática y programada y un abordaje colectivo, familiar, comunitario e intersectorial. (SACOTO, 2000)

## **1.2 MARCO TEÓRICO**

### **1.2.1. MARCO CONCEPTUAL Y REFERENCIAL**

#### **1.2.1.1. DESARROLLO LOCAL COMUNITARIO: SIGNIFICADO Y RELEVANCIA**

##### **a) SIGNIFICADO**

Lo local es el espacio donde convergen las dimensiones política, economía, social, cultural y ambiental de la sociedad en un proyecto de Bien común; así, lo local no necesariamente coincide con las fronteras de la división político – administrativo al interior de los países; esto es, nivel intermedio o municipio, sino que más bien está determinado por la manera como dichas dimensiones se interrelacionan y las formas culturales de vida, de identidad y de producción que de allí surgen. (CORTEZ. 2005).



## PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

Escuela de Trabajo Social

Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

Del mismo modo, el PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo), define a lo local desde la perspectiva del desarrollo humano como: *“... el espacio territorial en el cual las personas y familias viven cotidianamente utilizando sus conocimientos y habilidades y ejerciendo sus derechos. Es el territorio donde las personas se desarrollan en interacción con otras, en consecuencia, es un espacio de convivencia social. Se trata de un espacio dinámico construido socialmente, que cambia en función del desarrollo económico y social, donde las personas establecen relaciones de producción, de consumo, culturales o espirituales de manera permanente y colectiva. Lo local tiene el encanto de ser un espacio que permite el desarrollo sea organizado a una escala humana, tomando en cuenta las costumbres de identidad y cultura de sus habitantes. Es el escenario donde la gente siente el peso de lo público en íntima relación con lo privado”.* (PNUD, 2005)

El Desarrollo Local es entendido como un proceso de transformación de la economía y la sociedad territorial orientada a superar las dificultades y exigencias del cambio estructural, la apertura y la globalización, con el fin de mejorar las condiciones de vida de la población local. Esta definición supone desarrollar un arduo proceso tendiente a promover un desarrollo local equilibrado, fomentar la profundización de la democracia en un sentido amplio y contribuir a una mayor igualdad social”. (ALBUQUERQUE, 2001)

### **b) RELEVANCIA**

Si bien se observa que el concepto de desarrollo local se difunde ampliamente, muchas veces es utilizado para referir a procesos diversos que van desde las políticas sociales en sociedades locales, políticas nacionales o provinciales productivas, sociales y/o laborales de alcance territorial, como procesos de desarrollo surgidos a partir de la interacción entre actores territoriales. (MADOERY, 2008)



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

La estructura social se modifica: se torna cada vez más compleja. Aparecen nuevos fenómenos como la pobreza estructural, los nuevos pobres y nuevos estratos sociales hacia el interior de las clases sociales (ejemplo: pobres carecientes, pobres indigentes, pobres emergentes, etc.).

Las relaciones económico-sociales cambian: antes muy ligadas a la intervención estatal en sus regulaciones y a una economía que expendía el consumo masivo y el mercado interno; ahora la relación capital/trabajo va quedando cada día más expuesta a las relaciones de mercado y se profundiza la inequidad.

Crisis de las instituciones político-sociales: una nueva hegemonía social y económica y una nueva etapa en el desarrollo del capitalismo va definiendo un nuevo rol del Estado, un nuevo contenido de su agenda y su relación con la sociedad. En este marco las diversas competencias subnacionales (nación, regiones, provincias, municipios, parroquias) tienden a modificar sus relaciones recíprocas y sus funciones.

Abordar el desarrollo local no responde, a un fenómeno coyuntural, sino a profundas transformaciones sociales, económicas, políticas y culturales a escala global, nacional y local, responde a una nueva praxis. Pero es una alternativa y como tal no deja de ser una apuesta. (PAREDES, 2009)

### **c) LOS COMPONENTES DEL DESARROLLO LOCAL**

- **TERRITORIO:** “El territorio en este contexto se debe entender, no solo como el mero marco físico, sino también como el:

- Entorno donde se fraguan las relaciones sociales y económicas.
- Contexto donde la cultura y otros rasgos locales no transferibles se han ido sedimentando y afirmando en el tiempo.



## PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

Escuela de Trabajo Social

Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

- Marco donde los nombres y las empresas están en relaciones.
  - Entorno donde las instituciones públicas y privadas interactúan para regular la sociedad.
  - Factor estratégico de oportunidades de desarrollo” (DELNET, 2005: 17-18)
- **ECONOMÍA:** “El desarrollo económico local, se puede definir como un proceso de crecimiento y cambio estructural que, mediante la utilización del potencial de desarrollo existente en el territorio, conduce a elevar el bienestar de la población de una localidad o una región. Cuando la comunidad local es capaz de liderar el proceso de cambio estructural, nos encontramos ante un proceso de desarrollo local endógeno. La hipótesis de partida es que las localidades y territorios tienen unos conjuntos de recursos (económicos, institucionales y culturales), de economía de escala no explotados que constituyen su potencial de desarrollo, unidos, claro está a sus talentos humanos y considerando el enfoque de los modos de vida local.
- Cada localidad o territorio se caracteriza, por ejemplo, por una determinada estructura productiva, un mercado de trabajo, una capacidad empresarial y tecnológica, una dotación de recursos naturales e infraestructuras, un sistema social y político, y una tradición y cultura, sobre los cuales se articulan los procesos de desarrollo económico local. En un momento histórico concreto y por iniciativa propia, una ciudad, una comarca o región puede emprender nuevos proyectos que le permitirán iniciar la senda del desarrollo competitivo o continuar en ella”. (CEPAL, 2001)
- SOCIEDAD:** “En un territorio con determinados límites es entonces sociedad local, cuando uno es portador de una identidad colectiva expresada en valores y normas interiorizados por sus miembros y cuando conforma un sistema de relaciones de poder constituido en torno a procesos locales de generación de riqueza. Dicho de otra forma, una sociedad local es un sistema de acción sobre



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

un territorio limitado, capaz de producir valores comunes y bienes localmente gestionados”. (PNUD, 2005)

**-IDENTIDAD:** “La afirmación de una identidad local se basa en ese reconocerse en una historia colectiva. Todos los componentes de esa identidad solamente se explican si se percibe la existencia de una historia viviente en cada uno de los habitantes de la sociedad local. Ahora bien, este reconocerse en la historia no tiene sentido si es para quedarse en una mirada nostálgica hacia el pasado. Solo adquieren toda su potencialidad cuando la fuerza de esa carga histórica provoca interrogantes sobre el presente y sobre el proyecto. La identidad se convierte en palanca del desarrollo cuando lleva a descubrir la posibilidad de actuar”. (AROCENA, 2004)

#### **d) SOCIEDAD, AGENTES Y ACTORES**

**-GESTIÓN PÚBLICA LOCAL:** El ámbito específico en el cual se realiza la gestión pública es el de las administraciones públicas, de cualquier nivel territorial de actuación. La gestión pública es la fusión de la orientación normativa de la administración pública tradicional y de la orientación instrumental de la gestión en sentido genérico”. (UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID, 2010)

**-PARTICIPACIÓN COMUNITARIA:** La participación ciudadana, como uno de los elementos constitutivos de la vida democrática, supone la activa inclusión de los diversas expresiones ciudadanas en la vida pública, constituyendo uno de los objetivos del Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013 (PNBV 2009-2013): «Garantizar el acceso a la participación pública y política» (PNBV, 2009: 315, Objetivo 10). (SENPLADES, 2011)

Cuando se habla de la participación ciudadana en la provisión de los servicios sociales, como en el caso de la salud, el BID (1996: 245), colocando el foco en



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

la eficiencia de los servicios sociales, sostiene: el pensar en los proveedores de servicios de educación y de salud como empresas puede contribuir a demostrar la necesidad de adoptar medidas para estructurar ese «mercado » mediante reglas eficientes y roles claramente definidos y estimular el surgimiento de numerosos proveedores con una mayor diversidad, autonomía y responsabilidad, proporcionando al mismo tiempo a los usuarios mayor voz y libertad de elección. (ZICCARDI, A. 2004)

Postula, así mismo, que: la provisión directa de los servicios estará cada vez más en manos de unidades u organismos autónomos y responsables que mantienen altas reglas profesionales para su administración junto con autoridad para contratar y remunerar a su personal en forma más flexible, y en los cuales la distinción entre propiedad pública y privada se vuelve cada vez menos importante. (ZICCARDI, A. 2004)

En cuanto a la participación comunitaria en la definición de las políticas sociales y en la asignación de prioridades, el Estado, como se ha destacado, constituye el más importante instrumento para la protección de los derechos sociales. Bajo ciertas circunstancias, la provisión pública no estatal puede, además, contribuir a ampliar la calidad y la diversidad en la prestación de los servicios sociales (derechos sociales), y favorecer las oportunidades de auto-organización social con vistas a la constitución de sujetos autónomos y responsables (deberes sociales). Lo que cabe ahora es destacar que la participación ciudadana en la formación de las decisiones públicas también puede reforzar los derechos y deberes sociales. Los primeros, ayudando a incrementar la equidad y la eficiencia de las decisiones públicas; los segundos, poniendo en movimiento la noción de una ciudadanía políticamente activa y crítica. Pero, de nuevo, son relevantes “quiénes”, “dónde”, “cómo” y “con qué” se ejerza la participación social, ya que puede abrir posibilidades a la democratización del Estado cambiando los equilibrios de poder a favor de la





**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
Escuela de Trabajo Social  
Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

ciudadanía, pero también puede generar efectos adversos a este propósito. (ZICCARDI, A. 2004)

“Quiénes” ejercen la representación social es un asunto crucial. En la práctica hay dos posibilidades: la participación ciudadana puede convertirse en un instrumento para corporativizar aún más los procesos de decisión o puede potenciar en ellos el peso específico de los sujetos que son actualmente subalternos en la economía y la política. Si se persiguen estos últimos propósitos no sólo debieran tener oportunidades de expresión los intereses organizados, sino los que están subrepresentados (habitualmente por falta de organización) y el ciudadano común. En cualquier caso, hay que comenzar por “construir” la igualdad y el pluralismo político dentro de la participación ciudadana, para que ella pueda contribuir a democratizar los procesos de formulación de las políticas y decisiones públicas. (ZICCARDI, A. 2004)

Otra pregunta clave es el “cómo” de la participación. Actuar como “participantes administrativos” en el caso de los usuarios de los servicios sociales puede disminuir sus posibilidades de ejercicio de poder; en cambio, en los sindicatos puede exacerbarlas. (ZICCARDI, A. 2004)

Un tercer aspecto que parece tener incidencia en la capacidad de la participación ciudadana para aportar en la construcción de ciudadanía, es el referente a “dónde” se localice. Una advertencia en este sentido, es que el estímulo a la participación social no puede desconsiderar el carácter público de los servicios. Si la participación se estructura alrededor de los usuarios de un servicio singular, en principio puede incrementarse el control social sobre “ese” servicio. Pero es preciso acordar que no hay posibilidades reales de control de los consumidores sobre los servicios sociales, si simultáneamente es descuidada la creación de oportunidades para la participación ciudadana en los procesos e instancias donde la política relativa a los servicios se define.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
Escuela de Trabajo Social  
Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

Tampoco hay posibilidades reales para el control de los consumidores, si los representantes políticos de la ciudadanía pierden peso relativo en los procesos donde son debatidos los valores sobre los cuales se estructuran los servicios y se asignan los recursos. Por otra parte, si no hay un vínculo entre las instancias de participación social diseñadas para el control, evaluación y asesoría de los servicios sociales, las autoridades locales y las instituciones educativas y sanitarias, el objetivo del aumento de la participación comunitaria en las decisiones de cada localidad puede perderse. (ZICCARDI, A. 2004)

Un cuarto aspecto crítico es el “con qué” se ejerce la participación ciudadana, especialmente cuando ella se expresa como control social sobre los procesos de formación de las decisiones públicas o sobre sus resultados, dado que en uno u otro caso está en juego la capacidad de influencia social para que haya una rectificación de parte de los gestores públicos. La capacidad de influencia es en gran parte asegurada por la propia existencia de la deliberación. Si cada participante puede ser persuadido con buenas razones y si puede actuar en consecuencia, entonces la deliberación se convierte en un recurso de influencia. Otro recurso clave es la publicidad del proceso mismo de formación de las decisiones y de sus resultados, que los abre al escrutinio público y que posibilita que existan, al menos, consecuencias simbólicas expresadas en aprobación o reprobación social. Cuando la participación ciudadana se expresa como control social sobre los resultados de la gestión pública —para influir sobre futuras decisiones—, habrá incluso que considerar la posibilidad de que deriven consecuencias jurídicas de su ejercicio. (ZICCARDI, A. 2004)

**-CALIDAD DE VIDA Y BUEN VIVIR:** El concepto de desarrollo humano enfatiza en la calidad de vida como un proceso de ampliación de oportunidades y capacidades humanas, orientado a satisfacer necesidades de diversa índole, como subsistencia, afecto, participación, libertad, identidad, creación, etc. La calidad de vida está dada por una vida larga y saludable, poder adquirir



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

conocimientos y acceder a los recursos necesarios para tener un nivel de vida decente (PNUD, 1997).

En la mayoría de discursos del desarrollo se plantea la meta de “mejorar la calidad de vida” de las personas, sin detenerse en la concepción de lo que es calidad de vida. Este concepto está frecuentemente en boca tanto de planificadores y políticos, como de los pobladores, donde generalmente su significado se da como un hecho. Así, es importante rescatar la mirada cultural –las significaciones, las construcciones culturales- de conceptos como calidad de vida, nivel de vida, bienestar, buen vivir, felicidad, etc., tan asociados al concepto de desarrollo. (CARVAJAL BURBANO, 2010)

El énfasis radica en lo que las personas pueden “hacer y ser” más que en lo que pueden “tener”. Para definirlo se parte de las potencialidades de la gente, de su forma de pensar, de sus necesidades, sus valores culturales y sus formas de organización. (SENPLADES, 2009)

El pensamiento ancestral es eminentemente colectivo. La concepción del Buen Vivir necesariamente recurre a la idea del “nosotros”. La comunidad cobija, protege, demanda, es sustento y base de la reproducción de ese sujeto colectivo que todas, todos y cada uno “somos”. De ahí que el ser humano sea concebido como una pieza de este todo, que no puede ser entendido sólo como una sumatoria de sus partes. La totalidad se expresa en cada ser y cada ser en la totalidad. “El universo es permanente, siempre ha existido y existirá; nace y muere dentro de sí mismo y sólo el tiempo lo cambia” (pensamiento *kichwa*). De ahí que hacer daño a la naturaleza es hacernos daño a nosotros mismos. El *sumak kawsay*, o vida plena, expresa esta cosmovisión. Alcanzar la vida plena consiste en llegar a un grado de armonía total con la comunidad y con el cosmos. (SENPLADES, 2009)



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

La concepción del Buen Vivir converge en algunos sentidos con otras concepciones también presentes en el pensamiento occidental. Aristóteles en sus reflexiones sobre ética y política se refirió ya al Vivir Bien. Para él, el fin último del ser humano es la felicidad, que se alcanza en una polis feliz. Es decir, la felicidad de todos, que es la felicidad de cada uno, solo se realiza en la comunidad política. Dentro de este marco, relaciona la felicidad con la amistad, el amor, el compromiso político, la posibilidad de contemplación en y de la naturaleza, de teorizar y crear obras de arte. Todos ámbitos olvidados usualmente en el concepto dominante de desarrollo. (SENPLADES, 2009)

Hacia el cumplimiento de derechos universales y la potenciación de las capacidades humanas Desde el Buen Vivir, la atención no debe estar puesta exclusivamente sobre el acceso al bien mínimo, a tener lo elemental. El verdadero objetivo es el desarrollo de capacidades fundamentales y la afirmación de identidades que constituyen al ser. El referente debe ser la vida digna y no la mera supervivencia. (SENPLADES, 2009)

Como ha dicho el Premio Nobel de Economía Amartya Sen: *“Dado que la conversión de los bienes primarios o recursos en libertades de elección puede variar de persona a persona, la igualdad en la posesión de bienes primarios o de recursos puede ir de la mano de serias desigualdades en las libertades reales disfrutadas por diferentes personas”* (1992).

El objetivo debe ser entonces la garantía de los derechos de la ciudadanía y con ello la corresponsabilidad que tiene en el cumplimiento de los deberes para con las y los otros, sus comunidades y la sociedad en su totalidad. Si el objetivo son los derechos, las políticas no pueden ser selectivas sino universales. La focalización puede reflejar una prioridad ante emergencias momentáneas, pero el principio rector de la estrategia económica y social de mediano y largo plazo debe ser la universalidad solidaria. (SENPLADES, 2009)



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

**-PERSPECTIVA DE LOS ENFOQUES DE INTERCULTURALIDAD Y DE GÉNERO:** La Interculturalidad debe ser entendida como un proceso permanente de relación, comunicación y aprendizaje entre personas, grupos, conocimientos, valores y tradiciones distintas, orientada a generar, construir y propiciar respeto mutuo buscando un desarrollo pleno de las capacidades de los individuos. (WALSH, 2001).

El género es el conjunto de características psicológicas, sociales, culturales que la sociedad asigna diferencialmente a hombres y mujeres. Estas características no las traemos desde que nacemos, no son biológicas. Esto quiere decir que hombres y mujeres aprendemos a comportarnos de manera distinta según las normas que cada sociedad considere como propio de mujeres y hombres. (PNUD, 2005)

Género se entiende también como el conjunto de características culturalmente específicas que identifican el comportamiento social de hombres y mujeres y la relación entre ellos.

El enfoque de género es una herramienta de trabajo, una categoría de análisis que permite identificar los diferentes roles y tareas que desarrollan hombres y mujeres en una sociedad, en una comunidad, en un proyecto, oficina, etc. El enfoque de género nos permite determinar las asimetrías, las relaciones de poder y las inequidades. Ayuda a reconocer las causas que la producen y a formular mecanismos para superar estas brechas, ya que ubica la problemática no en las mujeres o en los hombres, sino en las relaciones socialmente construidas sobre el poder y la exclusión. (PNUD, 2005)

Finalmente, no podemos hablar de “la mujer” ni “del hombre” como seres universales y homogéneos. Las relaciones de género varían de una sociedad a



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

otra e incluso pueden coexistir dentro de una misma sociedad diferentes sistemas de género según la diversidad cultural que exista. Esto significa que las mujeres no son seres aislados, sino parte integral de la sociedad: no hay un mundo de las mujeres separado del de los hombres y viceversa. Tanto los hombres como las mujeres son grupos diversos. (VILLANUEVA FLORES, 2009).

Cuando nos aproximamos a las vinculaciones existentes entre las perspectivas de género y de interculturalidad en la agenda de las políticas públicas y la cooperación al desarrollo, nos encontramos con que las teorías políticas de la interculturalidad y el género comparten una misma concepción social del mundo y unos mismos objetivos. (REBOLLO, 2011)

Tanto el género como la interculturalidad tienen una base común: el análisis de las teorías y sistemas que tratan de someter a un grupo humano a los designios de otro. En el caso del enfoque intercultural se estudian las frecuentes relaciones de desigualdad de las minorías respecto a las culturas mayoritarias o hegemónicas. El enfoque de género se ocupa de las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres. Puesto que ambos fenómenos se interrelacionan para hacer un correcto análisis de la realidad, es necesario que se utilicen ambos enfoques. Estas relaciones desiguales de poder, ya sean originadas por el género o por la etnia, se enmarcan además en un contexto socio-cultural específico que hará que las brechas y desigualdades sean más o menos evidentes. (GARCÍA ROMERO, 2012)

#### **1.2.1.2. SALUD INTEGRAL**

##### **a) DERECHOS INDIVIDUALES Y COLECTIVOS**

Se pretende analizar la relación existente entre las categorías de derechos individuales y colectivos desde la perspectiva de la teoría de los derechos



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

humanos, el concepto de Estado de Derecho y la salud de forma integral para la consecución plena del buen vivir.

La relación entre este tipo de derechos se puede entender a manera de “núcleo - periferia”. Mientras el núcleo está representado por los derechos individuales, la periferia representa a los derechos colectivos, y para la realización o efectivización de los primeros, se necesita que los últimos también se cumplan<sup>11</sup>. Así, este autor concluye que los derechos colectivos también deben ser considerados derechos humanos, y al mismo tiempo, debiera evitarse una situación en la que éstos disminuyan algún derecho individual. Al poseer la misma naturaleza no serían contrapuestos, puesto que la relación existente entre ellos es de complementariedad. (STAVENHAGEN, 1992)

En 2008, el Ecuador se dota de una Constitución cuyo carácter innovador es indiscutible. Es una Constitución que privilegia los derechos individuales pero también los colectivos, es decir, los derechos humanos integralmente y adicionalmente los derechos de la naturaleza. Que pretende superar la búsqueda de equilibrio de tres poderes estatales –Ejecutivo, Legislativo y Judicial- a través de la estructuración y mutuo reforzamiento de cinco funciones estatales en las que a las tradicionales se agregan las de participación y transparencia y la electoral. Este mutuo reforzamiento está acompañado de una sistemática estructura de garantía de derechos.

La Constitución del Ecuador se percibe no solo como una consistente visión del orden societal, sino también como portadora de una lógica de bienestar: el buen vivir; que a su vez remite a una concepción participacionista de la democracia y el desarrollo y por ende a nuevas formas de planificación y descentralización regional integrada.

El Estado garantiza a las personas algunos derechos, como la atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas, priorizando los derechos de las personas y grupos de atención prioritaria: los adultos



## PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

Escuela de Trabajo Social

Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

mayores, las niñas, niños y adolescentes, las mujeres embarazadas y en período de lactancia.

Las responsabilidades del Estado y de la sociedad radican en establecer políticas públicas y programas de atención a estas personas, que tengan en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género y etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; asimismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas. Los integrantes de la sociedad deben asumir una profunda responsabilidad para contribuir a desarrollar estas políticas.

CUADRO N° 01  
DERECHOS INDIVIDUALES Y COLECTIVOS EN SALUD E INSTITUCIONES RECTORAS

Derecho Vulnerado	Instituciones que participan y competencias
<p>En el Art. 42 de la Constitución Política que afirma que “el Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme con los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia”. De igual manera, en su Art. 43 se establece que los programas y acciones de salud pública serán gratuitos para todos; los servicios públicos de atención médica, lo serán para las personas que los necesiten; y, por ningún motivo se negará la atención de emergencia en los establecimientos públicos o privados; en los cuales recibirán según el Art. 47 “los niños, niñas y adolescentes atención prioritaria, preferente y especializada, las mujeres embarazadas, las personas con discapacidad, las que adolecen de enfermedades catastróficas de alta complejidad y las de la tercera edad. Del mismo modo, se atenderá a las personas en situación de riesgo y víctimas de violencia doméstica, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» <b>Ministerio de Inclusión Económica y Social:</b> Otorga mediante el Programa los beneficios del mismo &gt; Programa de Protección Social: Red de Protección Solidaria</li> <li>» <b>Ministerio de Salud Pública:</b> Evaluación del caso, prestación de servicios &gt; Hospitales Públicos</li> </ul>

FUENTE: MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR

ELABORADO POR: OSCAR CERÓN TATAC





**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
Escuela de Trabajo Social  
Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

## **b) SALUD**

El MAIS-FCI (MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, 2012) asume el concepto de salud dado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Constitución de 1948, define salud como el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales.

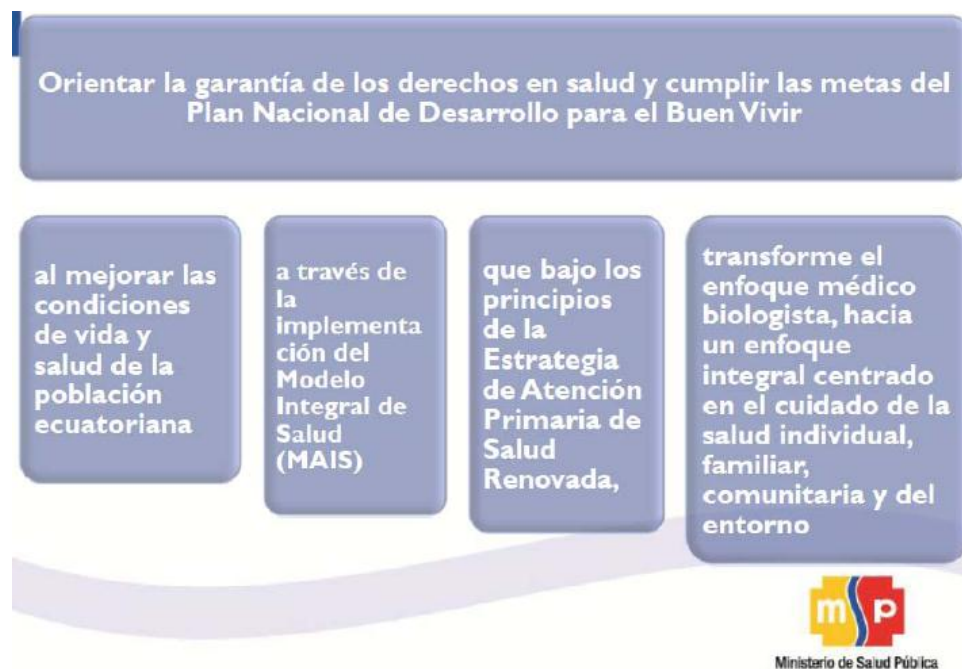
Según la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, en 1946 que la salud era: “Estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad.), la salud es entendida en una doble dimensión: como producto de las condiciones sociales y biológicas y a la vez como productor de condiciones que permiten el desarrollo integral a nivel individual y colectivo. La salud se construye en el marco de las condiciones económicas, sociales, políticas, culturales, ambientales, de las formas de relación con los grupos sociales, de las formas en que cada sociedad se organiza para la distribución de los bienes, entre ellos los servicios de salud y de cómo a nivel individual y sobre una base biológica y espiritual se procesan estas condiciones.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

**FIGURA Nº 01**  
**DERECHOS COLECTIVOS E INDIVIDUALES EN SALUD Y EL PNBV**



**FUENTE:** MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR

**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC

En palabras de DEL BOSQUE S. (1998) "La salud se crea donde la gente vive, ama, trabaja, y se divierte: es la integración entre ambientes y gentes, en el proceso de la vida diaria lo que crea un patrón de salud".

La salud como productor de desarrollo implica un esfuerzo consciente de los individuos y los grupos sociales, en función del mejoramiento de las condiciones de vida, de la generación de oportunidades, adquiere un papel de cohesión social y puede constituirse en una de las fuerzas que juega un papel constructivo en el proceso de desarrollo social.

El cuidado de la salud es un eje estratégico del desarrollo individual y colectivo, un elemento clave para la consecución del buen vivir. Como señala BETANCOURT Z. (2011) *"la salud y la enfermedad son formas de caminar por la vida"*.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

### **c) ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD**

Estrategia para hacer accesibles los servicios y la educación sanitaria a la población mediante la participación comunitaria y la autogestión. OMS 1978. (VILLA B, 2010)

### **d) MODELO DE ATENCIÓN**

Forma en la que se otorga la atención a la población. (VILLA B, 2010)

### **e) EVALUACIÓN DE PROCESOS DE SALUD**

En la Ley Orgánica de Salud de 2006, dentro del capítulo sobre derechos y deberes que las personas y el Estado tienen en relación con la salud, se declara que uno de ellos es “participar de manera individual o colectiva en las actividades de salud y vigilar el cumplimiento de las acciones en salud y la calidad de los servicios, mediante la conformación de veedurías ciudadanas u otros mecanismos de participación social; y ser informado sobre las medidas de prevención y mitigación de las amenazas y situaciones de vulnerabilidad que pongan en riesgo su vida.”

Con respecto a la propia definición de evaluación en ciencias de la salud hay muchas propuestas, de las cuales una de las más apropiadas es probablemente la de (SUCHMAN, 1967), que considera la evaluación como «el juicio sobre el valor o utilidad de una intervención». Esta definición asume de forma implícita que lo que se juzga son los resultados de la intervención. En una visión más global, el *Diccionario de salud pública* (LAST, 2007) define la evaluación como «los esfuerzos dirigidos a determinar de forma sistemática y objetiva la efectividad y el impacto de las actividades realizadas para alcanzar objetivos de salud, teniendo en cuenta los recursos asignados».



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
Escuela de Trabajo Social  
Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

Los términos utilizados con más frecuencia en el ámbito de la evaluación de intervenciones en salud pública, adaptados de los diccionarios de epidemiología (PORTA y LAST, 2008) y salud pública, así como del manual *Evaluation: a systematic approach* (ROSSI & LIPSEY, 2004), se presentan en la tabla siguiente:

**CUADRO N° 02**

**TÉRMINOS UTILIZADOS HABITUALMENTE EN LA EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD EN SALUD PÚBLICA**

Accesibilidad	Grado en que se facilita la participación en el programa en su conjunto o en alguna de sus actividades o recursos
Cumplimiento ( dosis, exhaustividad)	Medida de la cantidad de la intervención que ha sido aplicada; normalmente se expresa como el porcentaje del total del contenido previsto que ha sido efectivamente implementado
Eficacia	Grado en que una intervención produce un resultado beneficioso en los receptores del programa
Efectividad	Grado en que una intervención produce resultados beneficiosos en el conjunto de la población diana
Eficiencia	Efectos o resultados de una intervención en relación a los recursos empleados
Evaluación de impacto	Estudio evaluativo en el cual se valoran globalmente los resultados directos del programa, así como el impacto en las condiciones sociales en que el programa puede influir a largo plazo
Evaluación de impacto en salud	Análisis de las consecuencias y posibles implicaciones para la salud pública de iniciativas o procesos sociales o ambientales que no han sido diseñados primariamente como intervenciones de salud
Evaluación de proceso	Evaluación diseñada para determinar si el programa se administra de la forma planeada a la población diana
Evaluación de resultados	Evaluación diseñada para determinar si el programa ha alcanzado los objetivos previstos
Evaluación formativa	Evaluación que se realiza durante la fase de desarrollo de una intervención orientada a obtener información sobre el proceso y los mecanismos de acción con la finalidad de mejorarla y de explorar su factibilidad
Factibilidad	Viabilidad práctica de un estudio, programa o intervención
Fidelidad	Medida del grado en que los programas son aplicados de acuerdo al protocolo
Grupo de comparación	En diseños cuasiexperimentales, los individuos del grupo de comparación son los que no reciben la intervención que se administra a los individuos del grupo de intervención, en quienes se compararán los efectos observados
Grupo control	En un ensayo aleatorizado o comunitario, los individuos del grupo control son los que no reciben la intervención que se administra a los individuos del grupo de intervención, en quienes se compararán los efectos observados
Monitorización (del programa)	Documentación sistemática de aspectos de la ejecución del programa que permiten valorar si está siendo aplicado de la forma planificada o bien si cumple unos parámetros estándar determinados. La monitorización puede ser de proceso o de resultados
Población diana (población objetivo)	Conjunto de individuos o grupos (familias, comunidades, etc.) a los que se dirige el programa

**FUENTE:** MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR  
**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC

### 1.2.1.3. POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD

#### a) DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

En este trabajo se describen las condiciones de salud en Ecuador y, con mayor detalle, las características del sistema ecuatoriano de salud, incluyendo su estructura y cobertura, sus fuentes de financiamiento, los recursos físicos, materiales y humanos de los que dispone, las tareas de rectoría que desarrolla el Ministerio de Salud Pública, la generación de información en salud, las tareas de investigación, y la participación de los ciudadanos en la operación y



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

evaluación del sistema. También se discuten las innovaciones más recientes que se han implantado en el sistema ecuatoriano de salud dentro de las que destaca la incorporación de un capítulo específico sobre salud a la nueva Constitución que reconoce a la protección de la salud como un derecho humano y la construcción de la Red Pública Integral de Salud.(LUCIO, VILLACRÉS Y HENRÍQUEZ, 2011)

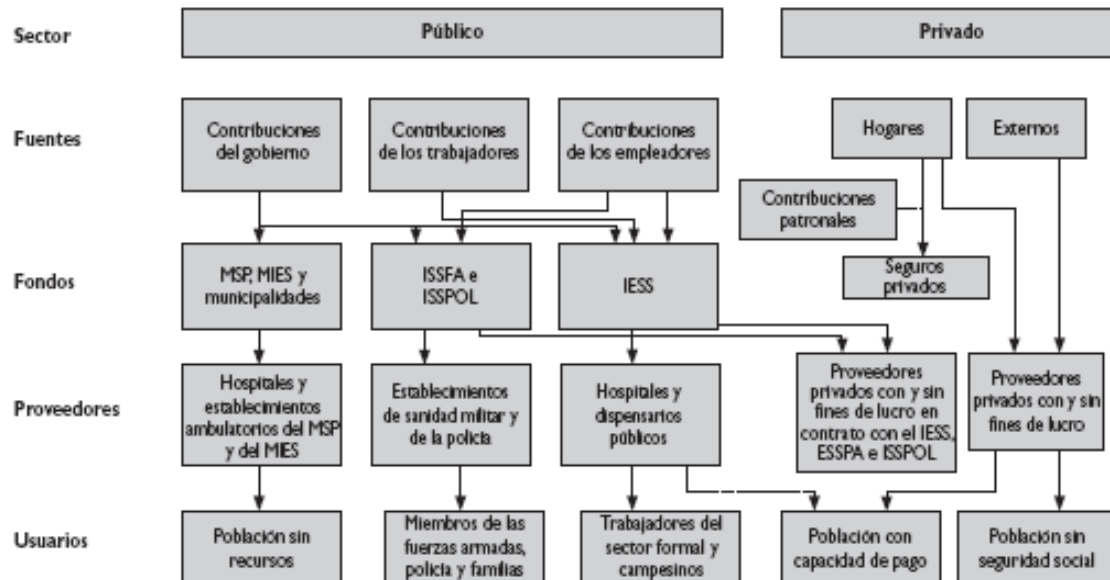
El sistema de salud de Ecuador está compuesto por dos sectores: público y privado. (PAHO, 2008). El sector público comprende al Ministerio de Salud Pública (MSP), el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), los servicios de salud de las municipalidades y las instituciones de seguridad social (IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, ISSFA: Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas e ISSPOL: Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional). El MSP ofrece servicios de atención de salud a toda la población. El MIES y las municipalidades cuentan con programas y establecimientos de salud en los que también brindan atención a la población no asegurada. Las instituciones de seguridad social cubren a la población asalariada afiliada. El sector privado comprende entidades con fines de lucro (hospitales, clínicas, dispensarios, consultorios, farmacias y empresas de medicina prepagada) y organizaciones no lucrativas de la sociedad civil y de servicio social. Los seguros privados y empresas de medicina prepagada cubren aproximadamente a 3% de la población perteneciente a estratos de ingresos medios y altos. Además existen al menos 10 000 consultorios médicos particulares, en general dotados de infraestructura y tecnología elementales, ubicados en las principales ciudades y en los que la población suele hacer pagos directos de bolsillo en el momento de recibir la atención.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

**FIGURA Nº 02**  
**SISTEMA DE SALUD DEL ECUADOR: PÚBLICO Y PRIVADO**



**FUENTE:** MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR

**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC

La nueva Constitución de 2008 señala 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, alimentación, nutrición, educación, cultura física, trabajo, seguridad social, 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”. SENPLADES (2008).

El MSP, con la provisión más amplia de servicios del país, 47% de unidades ambulatorias y hospitalarias, y los hospitales de referencia nacional más



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
Escuela de Trabajo Social  
Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

grandes del país, cubre alrededor del 51% de la población ecuatoriana. (LUCIO, 2010)

Los trabajadores del sector formal de la economía, incluyendo al sector campesino, tienen derecho a afiliarse al IESS. Este instituto cubre por lo menos a 20% del total de la población ecuatoriana. (IESS, 2010)

El ISSFA y el ISSPOL cubren a poco más de 5% de la población con seguros públicos, que representan 2% de la Población Económicamente Activa. La cobertura de salud de estos sistemas es familiar e incluye a los hijos hasta los 25 años de edad. (ISSFA, 2010)

En resumen, si bien la ley proclama la cobertura universal en salud, en los hechos todavía existe una limitada cobertura real con servicios cuya calidad no siempre es la óptima. (LUCIO, 2007)

### **b) BENEFICIOS**

Los ecuatorianos que mayores beneficios en salud reciben son aquellos que están cubiertos por alguno de los institutos de seguridad social. Los beneficiarios del IESS están protegidos contra la contingencia de enfermedad por las siguientes prestaciones: asistencia médica, quirúrgica, dental y farmacológica integral.

Estas prestaciones incluyen consulta externa, urgencias, medicina curativa, preventiva y de rehabilitación mediante la provisión de órtesis y prótesis; atención quirúrgica y hospitalización; atención médica domiciliaria; subsidio en dinero por enfermedad, y atención en unidades médicas ajenas al IESS. Los beneficiarios del IESS también reciben compensación de gastos médicos y atención médica mediante convenios suscritos con diversas clínicas privadas.



## PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

Escuela de Trabajo Social

Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

El ISSFA ofrece a sus miembros servicios de consulta externa, emergencia, hospitalización y medicina ambulatoria para pacientes aquejados por padecimientos crónicos graves. El titular tiene una cobertura de 100%, mientras que sus dependientes, excluyendo a los padres, tienen cobertura sólo para ciertas enfermedades. (ISSFA, 1992)

El ISSPOL otorga servicios de asistencia médica, quirúrgica, obstétrica, odontológica, de hospitalización y farmacéutica, prótesis, órtesis y rehabilitación, así como acciones de medicina preventiva. (ISSPOL, 1995)

La LMG, antes de ser un programa regular del MSP, cubría por separado los gastos en medicinas, insumos, micronutrientes, suministros, exámenes básicos de laboratorio y exámenes complementarios para la atención de las mujeres embarazadas, los recién nacidos y los menores de 5 años de edad. En la actualidad complementa las prestaciones regulares del MSP. (HERMIDA J, ROMERO P, ABARCA X, VACA L, ROBALINO M, VIEIRA L., 2005)

### **c) RECURSOS, PERSONAL Y CONTROL EN LA SALUD PÚBLICA**

Ecuador tiene registrados 3 847 establecimientos de atención a la salud, de los cuales 80% pertenecen al sector público. (INEC, 2007) El MSP cuenta con 1 674 establecimientos de salud ambulatorios y 125 hospitales: 28 hospitales generales, 79 hospitales cantonales y 18 hospitales de especialidad. El IESS brinda atención en 902 unidades ambulatorias entre servicios y anexos en las empresas, además de 18 centros hospitalarios, tres regionales y 15 provinciales. El ISSFA dispone de 72 establecimientos con servicios de atención ambulatoria y 16 de hospitalización. El ISSPOL cuenta con 35 unidades operativas, de las cuales dos son hospitalarias. En 2008 el sistema ecuatoriano de salud contaba con 21 575 camas (10 273 privadas y 11 302 públicas), que arrojan una razón de 1.6 camas por 1000 habitantes. (INEC, 2008)





**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

En 2007 Ecuador contaba con alrededor de 75 mil trabajadores de la salud. La razón de médicos por 1000 habitantes era de 1.9, muy inferior a los países como Argentina (3.0) y Uruguay (3.6). La tasa de enfermeras por 1000 habitantes a nivel nacional era de 0.6, que está por debajo del promedio latinoamericano, que en 2000 era de 0.8. (INEC, 2007) El grueso de los médicos y enfermeras trabajan en el MSP y no se tiene información precisa sobre el número de médicos y enfermeras que trabajan en el sector privado. La tendencia institucional de contratación de recursos humanos para 2010 parecer haber cambiado, ya que el IESS se encuentra realizando contrataciones de manera importante para cubrir el incremento de cobertura aprobado.

Los médicos tienden a concentrarse en las grandes ciudades, lo que genera problemas serios de distribución. En la provincia de Pichincha hay 2 médicos por 1 000 habitantes, mientras que en las provincias de Galápagos y Orellana esta razón es de apenas 0.56 y 0.43, respectivamente. (INEC, 2007)

La Constitución enfatiza fuertemente la necesidad de recuperar la regulación para el Estado ecuatoriano y señala que al MSP corresponde el ejercicio de la rectoría en salud, así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de la LOSNS y las normas dictadas para su vigencia.

El MSP tiene una Dirección de Salud en cada provincia y en su interior áreas de salud que son circunscripciones geográfico-poblacionales. Estas áreas funcionan como unidades de desconcentración programática, administrativa y presupuestaria de las cuales dependen los servicios básicos de salud.

A partir de 2010, con la emisión de la nueva estructura territorial ecuatoriana, se está produciendo una reorganización que tendría coincidencia territorial al menos para los ámbitos de salud, educación e inclusión social. Se está estructurando el país en regiones, provincias, distritos y circuitos.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

**FIGURA N° 03**  
**NUEVA ORGANIZACIÓN TERRITORIAL EN POLÍTICAS DE SALUD**



**FUENTE:** MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR

**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC

El MSP también ejerce la rectoría de las entidades de salud mediante el otorgamiento del permiso de funcionamiento a las empresas de salud tanto públicas como privadas y de medicina prepagada. Además del MSP, varias entidades participan en la supervisión y regulación, de acuerdo con su ámbito de competencia, de la actividad de las diferentes instituciones que componen el sistema de salud de Ecuador. La Contraloría General del Estado se encarga, en el ámbito financiero, de controlar los hospitales y las unidades médicas, y examina y evalúa la gestión financiera, administrativa y operativa de entidades donde el Estado tiene participación. La Superintendencia de Compañías autoriza la constitución de entidades de medicina prepagada y la Superintendencia de Bancos y Seguros (SBS) ejerce el control sobre las unidades médicas del IESS conforme a la Ley de Seguridad Social. La



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

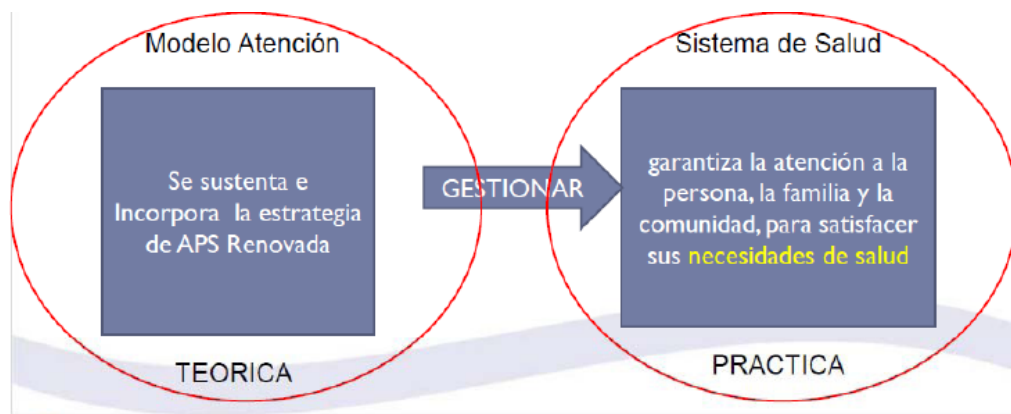
inclusión de la SBS como organismo de control dentro del sistema de salud es producto de la Ley de Seguridad Social de 2001.

#### 1.2.1.4. MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

##### a) EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL (MAIS-FCI)(MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, 2012)

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) es el conjunto de políticas, estrategias, lineamientos y herramientas que al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad, permitiendo la integralidad en los tres niveles de atención en la red de salud.

**FIGURA Nº 04**  
**MODELO DE ATENCIÓN Y EL SISTEMA DE SALUD**



**FUENTE:** MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR  
**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC

Por tanto el MAIS-FCI define como van a interactuar los actores de los sectores público y privado, los miembros de la red de servicios de salud y la comunidad para llevar a cabo las acciones conjuntas que permitan dar soluciones



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

integrales a las necesidades o problemas de salud de la comunidad contribuyendo de esta manera a mejorar su calidad de vida.



FUENTE: MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR

ELABORADO POR: OSCAR CERÓN TATAC

La integralidad en el Sistema Nacional de Salud contempla:

- **INTEGRALIDAD A LA PERSONA:** como ser biopsicosocial perteneciente a una familia y a una comunidad, no sólo como el receptor de las acciones diseñadas, ofertadas y brindadas por los servicios de salud de la Red de Salud, sino también como un actor social y sujeto que define sus propias metas en la vida y por tanto toma decisiones respecto a su salud de manera consciente y sistemática. Por consiguiente, la Atención Integral a la Salud de las personas y/o grupos poblacionales son todas las acciones realizadas por el Estado y la Sociedad Civil de manera concertada y negociada tendientes a garantizar que las personas, las familias y los grupos poblacionales permanezcan sanos y en caso de enfermar, recuperen rápidamente su salud evitándoles en lo posible la ocurrencia de discapacidad o muerte.



## PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

Escuela de Trabajo Social

Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

- **INTEGRALIDAD AL TERRITORIO:** La organización de la atención en un territorio debe estar dispuesta de tal manera que el ciudadano promueva su salud y/o recupere la misma aunque tenga que pasar por varios niveles de complejidad o resolución de los servicios. Por ejemplo, una mujer embarazada complicada con pre eclampsia, captada en un puesto de salud, es referida hasta una Unidad de Salud de segundo nivel donde se le trata la complicación, se le atiende el parto al recién nacido y se le dan consejos sobre lactancia materna y necesidad de espaciar el próximo embarazo siguiendo las normas y protocolos de atención del MSP del Ecuador.

La integración de las unidades de salud en los tres niveles de atención debe dar como resultado una atención continua a las usuarias (os) por medio de una red con organización y tecnología apropiada, jerarquizada para prestar atención racionalizada a los pacientes, de acuerdo al grado de complejidad médica y tecnológica del problema y su tratamiento.

El desarrollo de la Atención Primaria al fortalecer la atención hospitalaria establece la necesidad de promover la Salud y prevenir enfermedades con acciones integrales dirigidas a las personas, la familia, la comunidad y su entorno, impulsar la educación higiénico sanitaria para producir cambios en los hábitos y actitudes y orientar los servicios de salud para atender las necesidades básicas de la población.

- **INTEGRALIDAD A LOS PROGRAMAS:** El Modelo de Atención Integral conlleva a romper el abordaje tradicional y vertical de los programas de salud, reorientando la atención al logro de resultados de impacto social al fortalecer los resultados institucionales, lo que permite la eficiencia y efectividad programática al dirigir los esfuerzos al apoyo para la solución integral de los problemas de salud, esto significa “*asegurar que distintos*”



## PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

Escuela de Trabajo Social

Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

*servicios lleguen al mismo tiempo y se realicen en los territorios donde la población corra más riesgos”.*

Para el Modelo de Atención MAIS-FCI se responderá a las necesidades locales, tomando en consideración: el perfil epidemiológico, la situación diferenciada de hombres y mujeres, la estratificación y el enfoque de riesgo, la realidad local de cada zona y distrito por lo que deberán revisar sus objetivos y metas planteadas y ajustar sus normas a los criterios de integración de las acciones a través de los servicios, para lograr lo que se conoce como convergencia de programas.

A partir de la implementación de este nuevo Modelo se obtendrá como resultado la ruptura del concepto vertical de “Programa”, estableciéndose entonces la atención integrada a la población. La Atención Integral requirió por parte del Ministerio de Salud, la revisión de los programas, objetivos y metas planteadas que inciden en el desarrollo de la población, llegándose a la siguiente definición:

- ✓ Atención Integral a la población: Es dirigir los esfuerzos con acciones sistemáticas y coordinadas desde la perspectiva de reconocer el enfoque integral, imponiéndose el abordaje de su problemática con un enfoque de interculturalidad, generacional y de género, que persiga la reducción, neutralización o eliminación de los factores (presentes o potenciales) que incrementan el riesgo de enfermar y morir.
- **INTEGRALIDAD A LAS ACCIONES INTERSECTORIALES:** El Sistema Nacional de Salud tiene por objeto mejorar la calidad de vida de la población y no simplemente prestar servicios de asistencia a los enfermos. Los esfuerzos aislados del sector salud no bastan para mejorar la salud de un modo evidente, por lo cual es necesaria la



## PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

Escuela de Trabajo Social

Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

participación de otros actores que pueden influir en el mejoramiento de la salud a veces con más recursos o mayor decisión que el propio sector como el caso del abastecimiento de agua potable o las alternativas nutricionales.

Actualmente el Ministerio de Salud Pública no es la única institución que presta servicios de salud. Otras organizaciones públicas y privadas como las organizaciones no gubernamentales, instituciones religiosas, centros de medicina alternativa y complementaria tienen un rol en la prestación de servicios de salud, con por lo cual se deben establecer coordinaciones de trabajo y discusión de sus planes de salud para hacer coincidir los esfuerzos y recursos.

- **INTEGRALIDAD EN LA PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD:** El Modelo de Atención Integral MAIS-FCI promueve la participación comunitaria como un medio y un fin para el mejoramiento de las condiciones de vida de la población, lo cual implica que deben superarse los esquemas de participación basados en la simple colaboración de la comunidad en las tareas institucionales.

Este enfoque integrador apunta hacia la creación de espacios de gestión y autogestión, donde los conjuntos sociales y los trabajadores de la salud concuerden sobre los procesos de identificación de problemas, el establecimiento de prioridades y la búsqueda de soluciones.

Para ello, se debe establecer de manera sistemática en todos los niveles del sistema la relación servicio de salud-población, mediante:

- ✓ La participación de las comunidades en la planificación, ejecución y evaluación de las acciones de salud.
- ✓ El apoyo a la conformación y/o fortalecimiento de grupos u organizaciones comunitarias vinculadas con el cuidado de la



## PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

Escuela de Trabajo Social

Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

salud. En esta acción, el Ministerio de Salud Pública desempeña la función de “facilitador” asesorando y promoviendo la organización comunitaria.

- ✓ El desarrollo de un proceso educativo, tanto en el nivel comunitario como institucional, que les permita trabajar por la salud desde sus propios conocimientos y experiencias. Para ello se debe capacitar en temas de participación y comunicación social, al mismo tiempo que en promoción, prevención y atención de los problemas de salud.
- ✓ El establecimiento de mecanismos de referencia y contra-referencia que incluya como puntos de partida y de llegada a la comunidad. Al respecto se debe trabajar conjuntamente con la comunidad en la conformación de redes que vigilen el flujo de la atención desde la comunidad, pasando por las unidades de salud, hasta su regreso a la localidad de origen.
- ✓ La creación y/o fortalecimiento de las redes de vigilancia epidemiológica comunitaria que constituyan elementos operativos indispensables para potenciar la atención que se brinde a la población.

- **INTEGRALIDAD EN LA GESTIÓN INSTITUCIONAL DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA:** El Nivel Central apoyará el desarrollo de las capacidades técnicas de las Zonas, Distritos y circuitos sin crear estructuras paralelas o verticales para cada área de interés, aunque en determinadas circunstancias sean necesarias asesorías especializadas.

La forma y división del trabajo para producir, investigar y normalizar conocimientos no debe tener la misma forma en que estos se entregan a la población. Hay que pasar a una integración de acciones por conjunto de problemas.



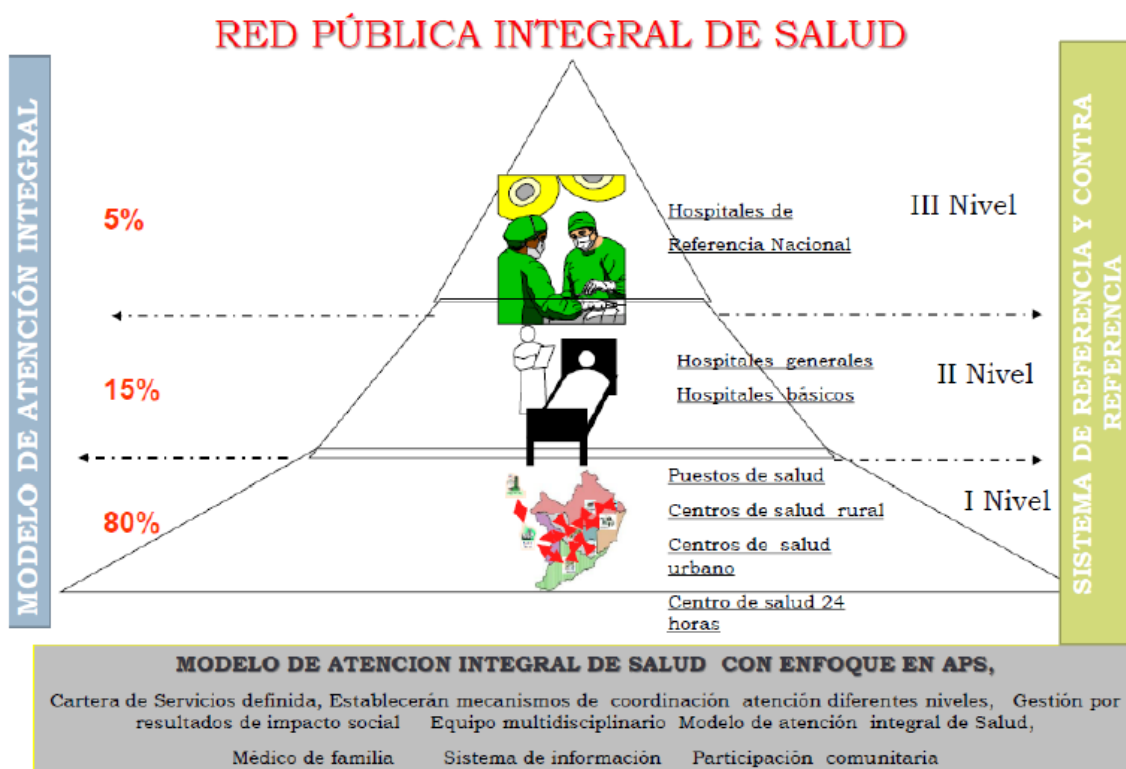


**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
Escuela de Trabajo Social  
Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

Las Zonas, Distritos y Circuitos deben organizar sus servicios en función de las necesidades de la población, según los principales problemas de salud y los recursos con que cuenta, desarrollando acciones integrales de atención orientadas a la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos, para la satisfacción de las usuarias y usuarios en los tres niveles de atención de la red de servicios de salud.

**FIGURA N° 06**  
**EL MAIS-FCI Y SU INTEGRALIDAD**



FUENTE: MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR

ELABORADO POR: OSCAR CERÓN TATAC

**b) OBJETIVO DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR, COMUNITARIO E INTERCULTURAL**

Integrar y consolidar la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R) en los tres niveles de atención, reorientando los servicios de salud hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, fortalecer el



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

proceso de la recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos para brindar una atención integral, de calidad y de profundo respeto a las personas en su diversidad y su entorno<sup>43</sup>, con énfasis en la participación organizada de los sujetos sociales. (MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, 2012)

**c) PRINCIPIOS DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD**  
(MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, 2012)

- **UNIVERSALIDAD PROGRESIVA EN EL ACCESO Y LA COBERTURA:** Implica que los mecanismos de organización, provisión, gestión y financiamiento son adecuados y suficientes para cubrir a toda la población, eliminando las barreras de acceso a la salud.
- **INTEGRALIDAD:** desde una visión multidimensional y biopsicosocial de la salud individual y colectiva, actuando sobre los riesgos y condiciones que afectan la salud; identificando y potenciando los factores protectores de la salud. Articula acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación, cuidados paliativos de las personas, familias, comunidad y su entorno. Interrelaciona y complementa actividades sectoriales, ciudadanas, y los diversos sistemas médicos (medicina formal / medicinas ancestrales / medicinas alternativas).
- **PUERTA DE ENTRADA:** Una nueva organización de los servicios que pasen de una estructura jerarquizada en la cual el hospital es el centro del sistema, a una estructura en Red que modifica la forma en que los niveles e instancias de atención se coordinan y se distribuyen sus funciones con la finalidad de acercarse a la población fundamentalmente a quienes más lo necesitan (equidad). El primer nivel de atención es la puerta de entrada al sistema nacional de salud, es decir al II y III nivel.



## PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

Escuela de Trabajo Social

Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

- **EQUIDAD:** Eliminación de diferencias injustas en el estado de salud; acceso a la atención de la salud y ambientes saludables; trato equitativo en el sistema de salud y en otros servicios sociales. La equidad es un requisito para el desarrollo de las capacidades, las libertades y el ejercicio de los derechos de las personas.
- **CONTINUIDAD:** Es el seguimiento al estado de salud de las personas; las familias, el control de los riesgos y factores determinantes para la salud y su entorno; atención de cualquier episodio de enfermedad específica hasta su resolución o su rehabilitación.
- **PARTICIPATIVO:** Generando mecanismos que contribuyan a la participación activa de las personas y los colectivos en la toma de decisiones sobre las prioridades de intervención, la asignación y el uso de los recursos, y en la generación de una cultura de corresponsabilidad y auto cuidado.
- **DESCONCENTRADO:** Transferencia de competencias de una entidad administrativa del nivel nacional a otra jerárquicamente dependiente (nivel zonal, distrital, local), siendo la primera la que mantiene la rectoría y asegura su calidad y buen cumplimiento.
- **EFICIENTE, EFICAZ Y DE CALIDAD:** Optimización y uso racional de los recursos, orientados a la satisfacción de las necesidades de las personas, principalmente de los grupos poblacionales más desprotegidos o en situación de riesgo. La eficiencia del gasto se define como la implementación de mecanismos y procedimientos que garanticen el uso adecuado y un mayor rendimiento de los recursos.
- **QUE LA EXPRESIÓN MÉDICO-PACIENTE** que reflejaba la relación entre la comunidad y la institución en el anterior modelo, se cambia a la relación equipo de salud-persona sujeto de derechos o ciudadano.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

- **QUE LA GESTIÓN Y ATENCIÓN** busque no solo resultados institucionales sino fundamentalmente resultados de impacto social, para mejorar la calidad de vida de la población.

## **1.2.2 MARCO LEGAL Y NORMATIVO**

El país cuenta con un amplio marco legal y normativo relacionado a la garantía del derecho a la salud, la estructuración del Sistema Nacional de Salud y la protección de grupos poblacionales.

De igual manera el Ecuador ha suscrito Acuerdos Internacionales que se orientan a la garantía y cuidado integral de la salud de la población.

La Constitución de la República, el Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir 2009-2013 (SENPLADES, 2009), la Agenda Social de Desarrollo Social y los Objetivos del Milenio (MCDS-MSP-ME-MIES-MIDUVI-SECRETARIA NACIONAL DEL MIGRANTE-MRE-MAGAP-SENPLADES, 2008), están entre los principales instrumentos normativos que guían la construcción del Modelo de Atención Integral Familiar, Comunitario e Intercultural de Salud.

### **1.2.2.1 CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR**

La Constitución aprobada en el 2008 constituye el marco normativo que rige la organización y vida democrática del país, representa un nuevo pacto social para la garantía y ejercicio de los derechos y responsabilidades en función del logro del Buen Vivir, el Sumak Kawsay. (SENPLADES, 2008)

Desde la perspectiva de una concepción integral de la salud y de la visión integradora del marco constitucional, varios de sus capítulos y articulados establecen derechos y garantías que se relacionan con la generación de condiciones saludables.



## PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

Escuela de Trabajo Social

Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

### CUADRO Nº 03 DERECHOS DEL BUEN VIVIR

<p><b>Cap. II Sección 7 Art. 32</b></p>	<p><b>“DERECHOS DEL BUEN VIVIR”</b>  <b>La salud es un derecho</b> 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”.</p>
---	---

FUENTE: SENPLADES. Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013. Quito 2009

ELABORADO POR: Autor

### CUADRO Nº 04 DERECHOS DEL BUEN VIVIR

<p><b>Cap. III Art. 35</b></p>	<p>Define las personas y grupos de atención prioritaria y establece que la responsabilidad del ámbito público y privado de garantizar una atención prioritaria y especializada.          El Estado prestará especial protección a las personas en doble condición de vulnerabilidad. Con respecto a estos grupos en varios articulados menciona sus derechos en salud. Incorpora artículos importantes en cuanto a los <b>Derechos Sexuales y Reproductivos</b> (Capítulo Sexto —Derechos de Libertad).</p>
------------------------------------	---

FUENTE: SENPLADES. Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013. Quito 2009

ELABORADO POR: OSCAR CERÓN TATAC

### CUADRO Nº 05 DERECHOS DEL BUEN VIVIR

<p>Sobre el <b>Sistema Nacional de Salud (SNS)</b> en los artículos 358, 359, 360 y 361 establece su creación, los principios, los componentes, características y garantías que debe cumplir para garantizar el derecho a la salud de toda la población. Establece también las características del Modelo Integral de Salud y la estructuración de la Red Pública de Salud.          En el Art. 361 establece que los servicios públicos de salud serán universales y gratuitos</p>	
<p><b>Art. 361</b></p>	<p>Señala que el Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector y en el Art. 363 las responsabilidades del Estado para garantizar el ejercicio del derecho a la salud.          La actual Constitución también promueve la participación de la comunidad en todos ámbitos y se constituye como el Quinto Poder del Estado (Art. 95, 208).</p>

FUENTE: SENPLADES. Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013. Quito 2009

ELABORADO POR: OSCAR CERÓN TATAC



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

El Sistema de Información de Salud, está regido por un marco legal que va desde la Constitución de la República, pasando por el código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas, la Ley de Estadística, la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, hasta el Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública.

**CUADRO N° 06**  
**ESTATUTO ORGÁNICO DE GESTIÓN ORGANIZACIONAL POR PROCESOS DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**

Todas las personas, en forma individual o colectiva tienen derecho a:	
<b>Art. 18</b>	<p>1. Buscar, recibir, intercambiar, producir y difundir información veraz, verificada, oportuna, contextualizada, plural, sin censura previa acerca de los hechos, acontecimientos y procesos de interés general, y con responsabilidad ulterior.</p> <p>2. Acceder libremente a la información generada en entidades públicas, o en las privadas que manejen fondos del Estado o realicen funciones públicas. No existirá reserva de información excepto en los casos expresamente establecidos en la ley. En caso de violación a los derechos humanos, ninguna entidad pública negará la información</p>

**FUENTE:** MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR  
**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC

**CUADRO N° 07**  
**CÓDIGO ORGÁNICO DE PLANIFICACIÓN Y FINANZAS PÚBLICAS**

<b>Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas</b> <b>Sección Primera</b> <b>De la Información para la Planificación</b>	
<b>Art. 30</b>	<p>Generalidades.- La información para la planificación, tendrá carácter oficial y público, deberá generarse y administrarse en función de las necesidades establecidas en los instrumentos de planificación definidos en este código.</p> <p>[...]Adicionalmente, definirá el carácter de oficial de los datos relevantes para la planificación nacional, y definirá los lineamientos para la administración, levantamiento y procesamiento de la información, que serán aplicables para las entidades que conforman el sistema.</p>
<b>Art. 31</b>	<p>Libre acceso a la información.- La información para la construcción de las políticas públicas será de libre acceso, tanto para las personas naturales como para las jurídicas públicas y privadas, salvo en los casos que señale la Ley [...]</p>

**FUENTE:** MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS DEL ECUADOR  
**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

### 1.2.2.2 EL PLAN NACIONAL PARA EL BUEN VIVIR 2009 - 2013

El Plan Nacional para el Buen Vivir, en concordancia con los mandatos constitucionales define objetivos, políticas y metas prioritarias que en salud se puede resaltar los siguientes:

**CUADRO Nº 08**  
**OBJETIVO 01 DEL BUEN VIVIR**

<p><b>En el Objetivo 1,</b>          —Auspiciar la igualdad, la cohesión y la integración social y territorial en la diversidad. La Política 1.1. se orienta a garantizar los derechos del Buen Vivir para la superación de todas las desigualdades, en especial, salud, educación, alimentación, agua y vivienda. En salud plantea la ampliación de la cobertura a través del mejoramiento de la infraestructura, equipamiento de los servicios de salud y la superación de las barreras de ingreso; Impulsar el acceso seguro y permanente a alimentos sanos, suficientes y nutritivos; universalizar el acceso a agua segura y la asignación prioritaria y progresiva de recursos públicos para propender al acceso universal y gratuito a los servicios de salud en función de criterios poblacionales, territoriales y de equidad social</p>	<p><b>En la Política 1.10</b>          plantea asegurar el desarrollo infantil integral para el ejercicio pleno de los derechos, involucrando a la familia y a la comunidad para generar condiciones adecuadas de protección, cuidado y buen trato en particular en las etapas de formación prenatal, parto y lactancia, así como articular progresivamente los programas y servicios públicos de desarrollo infantil que incluyan salud, alimentación saludable y nutritiva, educación inicial y estimulación adecuada</p>
---	---

**FUENTE:** SENPLADES. Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013. Quito 2009  
**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC

**CUADRO Nº 09**  
**OBJETIVO 02 DEL BUEN VIVIR**

<p><b>En el Objetivo 2,</b>          Mejorar las capacidades y potencialidades de la población, en el que la salud y la nutrición constituyen aspectos claves para el logro de este objetivo a través de una visión integral de la salud, la atención adecuada y oportuna, acciones de prevención y una adecuada nutrición que permitan la disponibilidad de la máxima energía vital</p>
--

**FUENTE:** SENPLADES. Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013. Quito 2009  
**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC



## PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

Escuela de Trabajo Social

Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

**CUADRO Nº 10  
OBJETIVO 03 DEL BUEN VIVIR**

<p><b>En el Objetivo 3,</b> —Aumentar la esperanza y calidad de vida de la población: plantea políticas orientadas al cuidado y promoción de la salud; a garantizar el acceso a servicios integrales de salud: el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica; el reconocimiento e incorporación de las medicinas ancestrales y alternativas</p>	<p><b>En la Política 3.1</b> Promover prácticas de vida saludable en La población. <b>En la Política 3.2</b> Fortalecer la prevención, el control y la vigilancia de la enfermedad, y el desarrollo de capacidades para describir, prevenir y controlar la morbilidad <b>En la Política 3.3</b> Garantizar la atención integral de salud por ciclos de vida, oportuna y sin costo para las y los usuarios, con calidad, calidez y equidad <b>En la Política 3.4</b> Brindar atención integral a las mujeres y a los grupos de atención prioritaria, con enfoque de género, generacional, familiar, comunitario e intercultural <b>En la Política 3.5</b> Reconocer, respetar y promover las prácticas de medicina ancestral y alternativa y el uso de sus conocimientos, medicamentos e instrumentos <b>En la Política 3.7</b> Propiciar condiciones de seguridad humana y confianza mutua entre las personas en los diversos entornos</p>
<p><b>En el Objetivo 4,</b> garantizar los derechos de la naturaleza y promover un ambiente sano y sustentable</p>	

**FUENTE:** SENPLADES. Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013. Quito 2009

**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC

### 1.2.2.3 LEY ORGÁNICA DE SALUD

El país cuenta también con varias leyes y ha suscrito acuerdos internacionales que tienen que ver con la garantía de los derechos de salud como: Ley Orgánica de Salud, Ley del Sistema Nacional de Salud, Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, entre otras.

**CUADRO Nº 11  
ARTÍCULOS DE LA LEY ORGÁNICA DE SALUD DEL ECUADOR**

<p><b>Art. 6</b></p>	<p>Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: 3. Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares. II</p>
<p><b>Art. 10</b></p>	<p>Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva, con sujeción a los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta Ley. II</p>





**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

Escuela de Trabajo Social

Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

<b>Art. 69</b>	<p>La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónico — degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto.</p> <p>Comprenderá la investigación de sus causas, magnitud e impacto sobre la salud, vigilancia epidemiológica, promoción de hábitos y estilos de vida saludable, prevención, recuperación, rehabilitación, reinserción social de las personas afectadas y cuidados paliativos. Los integrantes del Sistema Nacional de Salud garantizarán la disponibilidad y acceso a programas y medicamentos para estas enfermedades, con énfasis en medicamentos genéricos, priorizando a los grupos vulnerables. II</p>
----------------	---

**FUENTE:** MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC

### 1.2.2.4 LA AGENDA SOCIAL 2009 – 2011 (MCDS, 2009) (SENPLADES, 2008)

Define para el sector salud tres ejes prioritarios de intervención:

**CUADRO Nº 12  
EJES DE INTERVENCIÓN (MCDS, 2009)**

1	2	3
<p>Garantizar la atención integral de salud gratuita y oportuna para los usuarios en cada ciclo de vida, enfatizando en la calidad, calidez y equidad de los servicios de salud, el fortalecimiento del Modelo de Atención Integral en base a la atención primaria, la prevención y promoción de la salud; la articulación de la Red Pública Integral de Salud, el fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria Nacional; ampliar el acceso gratuito a medicamentos, el fortalecimiento del recurso humano y de la producción científica y tecnológica en salud.</p>	<p>Fortalecer la prevención, el control y la vigilancia de la enfermedad: fortaleciendo el sistema de vigilancia epidemiológica, reforzar los sistemas de prevención y atención integral frente a los principales problemas de salud y la capacidad de respuesta inmediata frente a emergencias, contingencias y desastres</p>	<p>Fomentar entornos saludables, promoviendo prácticas de vida saludable en la población y manteniendo estricta vigilancia de los productos de consumo humano: priorizar la educación alimentaria y nutricional; difundir prácticas y estilos de vida saludables; impulsar una intervención intersectorial para la promoción de la salud, campañas informativas sobre prácticas saludables, superar las brechas e inequidad en el acceso a servicios integrales de salud priorizando territorios y grupos poblacionales en situación de desventaja y mayor vulnerabilidad</p>

**FUENTE:** MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR

**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

La Agenda sectorial establece también la importancia de incorporar de manera transversal en las políticas de salud el enfoque de género, interculturalidad y generacional, así como la promoción de la participación ciudadana.

### **1.2.2.5 OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO (SENPLADES, 2008)**

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), constituyen un acuerdo y compromiso de las naciones del mundo para impulsar acciones para la reducción de la pobreza, el mejoramiento de las condiciones de salud, educación y la protección ambiental, que se concretaron en la Declaración del Milenio suscrita por los países miembros de las Naciones Unidas y que establece 8 objetivos y metas a ser cumplidas hasta el año 2015.

El cumplimiento de los objetivos y metas son interdependientes, su consecución se orienta a reducir la inequidad en el acceso a condiciones de vida dignas para toda la población mundial y en el ámbito de la salud son los siguientes:

**CUADRO Nº 13**  
**OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO**

<p><b>Objetivo 4:</b> Reducir la mortalidad en los niños menores de cinco años, la meta es la reducción en los dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad en menores de cinco años.</p>	<p><b>Objetivo 5:</b> Mejorar la Salud Materna: la meta es reducir un 75% la tasa de mortalidad materna entre 1990 y el 2015 y lograr el acceso universal a la salud reproductiva</p>	<p><b>Objetivo 6:</b> Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades, con las siguientes metas: reducir la propagación del VIH/SIDA; para el 2010 el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA; detenido y comenzar a reducir, en el 2015, la incidencia de la malaria y otras enfermedades graves.</p>
--	---	---

**FUENTE:** SENPLADES. Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013. Quito 2009  
**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
Escuela de Trabajo Social  
Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

### **1.2.2.6 VISIÓN Y MISIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR (MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, 2012)**

El Ministerio de Salud Pública como la máxima autoridad sanitaria en salud (ASS), para cumplir con los objetivos del MAIS-FCI, organiza y construye los procesos con la finalidad de definir la oferta de las prestaciones de salud en los tres niveles de atención, cuya misión es la atención integral de las personas, familias y comunidades en un espacio poblacional determinado. Esta es la parte fundamental en la que se asienta la estructura del Sistema Nacional de Salud;

**MISIÓN** es: “Ejercer la Rectoría del Sistema Nacional de Salud a fin de garantizar el derecho a la salud del pueblo ecuatoriano, por medio de la promoción y protección de la salud, de la seguridad alimentaria, de la salud ambiental y del acceso permanente e interrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia;

**VISIÓN:** “Para el año 2020 el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, ejerce la Rectoría del Sistema Nacional de Salud, modelo referencial en Latinoamérica, que garantiza la salud integral de la población y el acceso universal a una red de servicios con la participación coordinada de Organizaciones públicas, privadas y de la comunidad”.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
Escuela de Trabajo Social  
Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

**CAPÍTULO II**  
**IDENTIFICACIÓN DEL CONTEXTO**  
**SOCIAL**  
**(LOGROS Y NUDOS CRÍTICOS)**



## CAPÍTULO II

### IDENTIFICACIÓN DEL CONTEXTO SOCIAL

#### (LOGROS Y NUDOS CRÍTICOS)

##### 2.1 CARACTERIZACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

La caracterización del contexto de salud es un concepto plural que define procesos de análisis y síntesis desarrollados para caracterizar, medir y explicar el perfil de la salud – enfermedad de una población, incluyendo a los problemas de salud y a sus determinantes, sean éstos competencia del sector salud o de otros sectores. (NINO GUERRERO & TORRES SLIMMING, 2009)

También es definido como un proceso continuo de recopilación, procesamiento e interpretación de información que permite identificar los problemas prioritarios y las brechas en salud entre los diferentes estratos poblacionales, así como las causas que las determinan y a partir de ello tomar decisiones técnicas y políticas adecuadas a la realidad Nacional, Regional y/o local buscando de optimizar las respuestas institucionales y propiciar la participación comunitaria en el mejoramiento de las condiciones de salud y desarrollo.

Existe otro concepto similar, el diagnóstico situacional de salud o solo diagnóstico; un diagnóstico situacional es una forma de investigación científica comprometida con la acción, más que con la generación de conocimiento acumulable. Es un proceso de generación de información para orientar la toma de decisiones, elaborar planes, diseñar proyectos, formular políticas, establecer acuerdos y orientar otras formas de intervención en la realidad concreta, En este sentido, “el diagnóstico situacional precede y preside las intervenciones”. Todo diagnóstico situacional es y debe ser, político, estratégico, objetivo, pragmático, participativo y eficiente, es un saber profundo (sobre estructuras), histórico (etiológico), predictivo (pronostico), dialéctico (interacción observación



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

y teoría), y sobre todo operativo (orienta el tratamiento), es también un discurso transformador, es aquel que puede exponer los puntos más sensibles de la realidad para producir diversos niveles de cambio.

## **2.1.1 ANTECEDENTES DEL PUESTO DE SALUD DE SAN ANTONIO**

### **2.1.1.1 DESCRIPCIÓN DE LA UNIDAD OPERATIVA**

El puesto de salud “San Antonio” se encuentra ubicado en la comunidad de ese mismo nombre en la parroquia de Manglaralto, provincia de Santa Elena; sus instalaciones son prestadas a “Salud Pública” (ONG Norteamericana). Cuenta con dos consultorios, un área para farmacia, una pequeña bodega, baños internos y externos, un salón y una pequeña recepción donde funciona el área de estadística. **(Ver anexo 1)**

En el puesto de salud se dan los servicios de odontología, obstetricia, enfermería y medicina general. Debido a no ser este subcentro una dependencia, en cuanto a infraestructura, del Ministerio de Salud Pública hubo que afrontar varias dificultades en el transcurso del año anterior para la elaboración de los programas a cargo del personal médico; sin embargo, fue posible realizar muchas otras actividades con la colaboración de la población y del Hospital de Manglaralto.

A inicios del 2012, el subcentro carecía de refrigerador para mantener las vacunas, por lo que se hizo el requerimiento a las autoridades correspondientes, los mismos que dotaron de uno y se pudo dar el servicio de vacunación a la comunidad.

### **2.1.1.2 VENTAJAS DEL SUBCENTRO DE SALUD**

Entre las ventajas que tiene el subcentro de salud se pueden mencionar:

- Cercanía al Hospital.
- Fácil acceso.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

- Atención en varias ramas médicas, a saber: medicina, obstetricia, odontología, enfermería, vacunación.

### **2.1.1.3 PROBLEMÁTICA DEL PUESTO DE SALUD**

Como se manifestó, el hecho de no ser este Puesto de Salud una dependencia del Ministerio de Salud Pública dificultó en parte la intervención del mismo para la mejora de algunas dificultades que se presentaron a la hora de brindar la atención.

**ESPACIO:** Esta unidad operativa cuenta con apenas dos consultorios, no obstante que atienden cuatro profesionales de la salud: una obstetriz, una odontóloga, y dos médicos, por eso se optó por implementar en el salón los dos espacios para medicina general, separados por biombos; además del puesto de enfermería, puesto de vacunación, puesto para tamizaje metabólico neonatal, existen dos camillas para la aplicación de medicamentos e hidrataciones. (**Ver anexo 2**)

Este trabajo en hacinamiento conllevó a otros problemas como el ruido, la falta de privacidad en las consultas, en la administración de inyecciones, etc.

**LIMPIEZA:** El puesto de salud carecía de personal de limpieza, se intentó que la comunidad la asumiera pero no se logró concretar. El Hospital de Manglaralto se comprometió a enviar a personal de limpieza dos veces a la semana, lo que se cumplió parcialmente, eso hizo que algunas ocasiones sea el personal médico el que debió cumplir esa labor. A esto se le sumó la poca colaboración de los pacientes en mantener limpio el espacio y la presencia de lodo en las vías de acceso al subcentro.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

**SERVICIOS BÁSICOS:** El puesto de salud cuenta con luz eléctrica, servicios higiénicos en buen estado, agua potable y cisterna adecuada, no tiene telefonía convencional pero hay cobertura para las operadoras móviles. Las facturas son canceladas por el Hospital aunque en dos ocasiones hubo problemas en el pago, hecho que mantuvo al subcentro, por varios días, sin servicios básicos.

#### **2.1.1.4 COMUNIDADES ASIGNADAS AL PUESTO DE SALUD “SAN ANTONIO”**

A la atención asisten personas de las comunidades asignadas al subcentro, estas comunidades son: San Antonio, Cadeate, Libertador Bolívar, Sitio Nuevo y Río Chico.



**FUENTE:** Partes diarios profesional  
**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC





**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

### **2.1.1.5 ESTADO SITUACIONAL DE LAS COMUNIDADES ASIGNADAS AL PUESTO DE SALUD “SAN ANTONIO”.**

#### **2.1.1.5.1 COMUNA “SAN ANTONIO”**

**DESCRIPCIÓN:** La comuna de San Antonio pertenece a la parroquia Manglaralto, está ubicado en la parte norte del cantón Santa Elena sus límites son: al norte, Cadeate; al sur, Libertador Bolívar; al este, Dos Mangas; y, al oeste el Océano Pacífico. Los principales cuerpos de agua naturales son: al norte el río Cadeate y al sur el estero de San Antonio. La comuna se conecta con la ciudad de Santa Elena a través de La Ruta del *Spondylus* (llamada antes “Ruta del Sol”) y con las comunas Cadeate, Dos Mangas y Libertador Bolívar, a través de caminos vecinales.

**ANTECEDENTES Y ASPECTOS DEMOGRÁFICOS:** La comuna existe desde 1937, antes se llamaba “Dos Bocas”. Tiene el Acuerdo Ministerial N° 15, constituida en 1935 y reactivada con Acuerdo Ministerial N° 0479, el 22 de Diciembre de 1994. El suelo donde se asienta la población se caracteriza por ser plano y al nivel del mar mientras que las zonas de cultivo están entre las montañas de la cordillera Chongón-Colonche y el tipo de suelo predominante es arcilloso y arenoso. (ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DEL LITORAL, 2001)

La población concentrada se estima en 1200 personas aproximadamente. La población menor de 18 años es de aproximadamente el 60%. El área de asentamiento humano es de 35 cuadras, hay 500 casas y 14 calles, como se observará en los mapas parlantes más adelante.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
Escuela de Trabajo Social  
Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

**OCUPACIÓN:** Se estima que el 40% de los hombres trabaja en Agricultura, un 30% en artesanías (microempresarios), y un 20% en la comuna Montañita en diferentes oficios. La gente es trabajadora, no son asalariados, pues laboran por cuenta propia. Y en cuanto a las mujeres, la mayoría no trabaja, se dedican a los quehaceres domésticos, y las pocas de ellas (20%), trabajan en artesanías (confección de sombreros paja toquilla).

La mayoría de las mujeres forman un hogar a los 17 años y los varones a los 18, y por lo general, las mujeres tienen su primer hijo a los 19 años.

**SERVICIOS BÁSICOS:** El 40% de la población tiene servicio de agua potable, el cual fue inaugurado en 1978. El servicio de energía eléctrica inicia desde 1980, y actualmente el 90% del pueblo cuenta con ella. No existe telefonía pública, las pocas personas que utilizan telefonía celular trabajan fuera del pueblo.

**VIVIENDA:** En cuanto a las viviendas aproximadamente el 60% de las casa están construidas de bloques y cemento, un 20% con partes de madera, el 20% restante son de madera y/o caña. Las mayorías de las casas no poseen título de propiedad de los solares ni de vivienda El principal combustible usado para cocinar es el gas, aunque todavía existen familias que utilizan leña y/o carbón.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

#### **2.1.1.5.2 COMUNA “LIBERTADOR BOLIVAR”**

**DESCRIPCIÓN:** La Comuna Libertador Bolívar tiene una extensión de 1476 hectáreas. Se encuentra localizada en el Km. 60 en la ruta E15, al norte de la costa ecuatoriana, provincia de Santa Elena, cantón Santa Elena de la parroquia Manglaralto. Libertador Bolívar cuenta únicamente con el río llamado Atravesado.

**ANTECEDENTES Y ASPECTOS DEMOGRÁFICOS:** Está habitado por alrededor de 2200 personas, caracterizado por ser una población joven en edad productiva.

**OCUPACIÓN:** La mayoría de las personas está dedicada al turismo y negocios anexos, como restaurantes, venta de artesanías, venta de hamacas, alquiler de cuartos. Cuenta con una hermosa playa que le da a esta comunidad la herramienta necesaria para un desarrollo sustentable y sostenible, aunque, también hay un sector dedicado a la pesca y a la agricultura.

**SERVICIOS BÁSICOS:** El agua que llega a la población es clorada y el 90% de los habitantes cuenta con este servicio, el agua proviene a través de la red pública del sistema de Manglaralto; el resto de la población se provee con agua de pozos y de tanqueros.

#### **2.1.1.5.3 COMUNA CADEATE**

**DESCRIPCIÓN:** La localidad conocida como Cadeate es una comuna situada a orillas del mar, se localiza al noroeste de la provincia del Guayas, a aproximadamente 56 Kms. de la ciudad de Santa Elena, teniendo como comunidades cercanas por el norte a Manglaralto, Montañita y Río Chico,



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

mientras que por el sur a San Antonio y Simón Bolívar. La Comuna lleva el nombre Cadeate porque antiguamente había muchos árboles de Cade.

**OCUPACIÓN:** Las familias se caracterizan por ser numerosas, la mayoría se dedican al oficio de la panificación y otros a la pesca, trabajos en la construcción y en actividades de turismo.

**ASPECTOS DEMOGRÁFICOS:** Existen aproximadamente 350 casas con un estimado de 1.400 habitantes. La población se caracteriza por ser amable, humilde y con buen sentido del humor, existe gran número de embarazos en adolescentes y no es raro encontrar señoritas de 15 años formando ya una familia. La elaboración de panes y dulces es característico de esta zona cuyo producto es conocido y comercializado en toda la provincia, según diario “EL COMERCIO”, en una publicación en junio del 2012: *“en Cadeate más del 50% de la población se dedica a la panificación y existen alrededor de 50 panaderías que mantienen un gran número de hogares; turismo, pesca, laboratorio de larvas de camarones son otros de los oficios a los que la comunidad se dedica.”*

**SERVICIOS BÁSICOS:** En cuanto a la salubridad, a pesar de contar con relleno sanitario y conexión al agua potable que viene desde Manglaralto, presenta grandes dificultades en este tema, la presencia de chancheras, falta de alcantarillado y otros factores han hecho de esta comunidad un caldo de cultivo para algunas enfermedades como el dengue, por ejemplo.

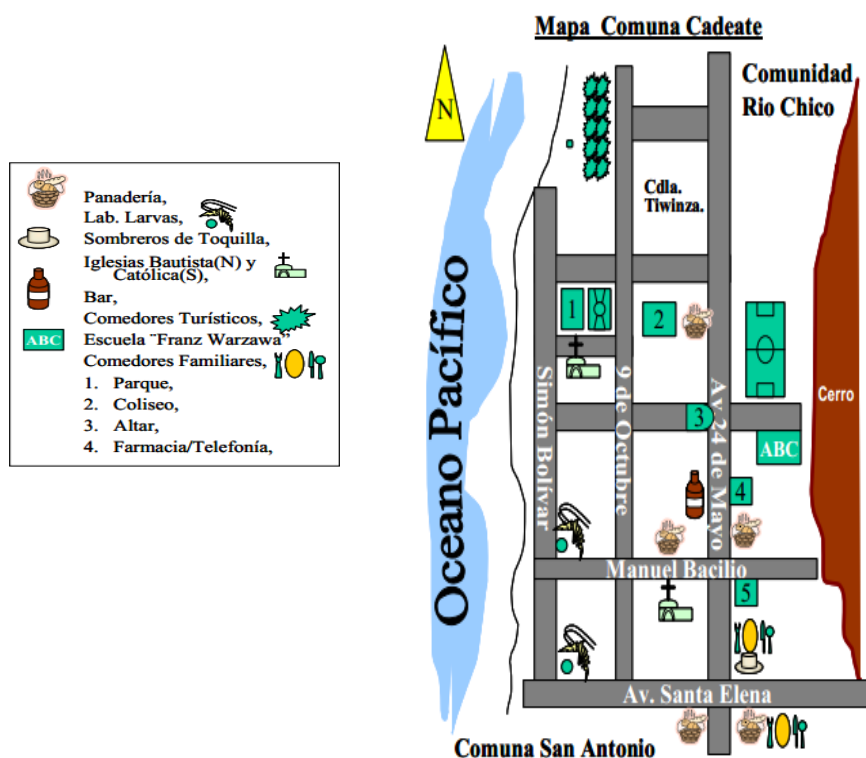
El mapa Comunal de Cadeate muestra la distribución de las casas en el territorio de la comuna, así como las más relevantes edificaciones. El mapa cuenta con una numeración para aquellos edificios a los que no se les pudo asignar un símbolo, así como también una tabla donde se detalla que significan cada símbolo.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

**FIGURA Nº 08**  
**PRINCIPALES ESTABLECIMIENTOS COMUNA CADEATE**



**FUENTE:** Proyectos Espol/Fernanda Laborde/mapa comunal de Cadeate  
**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC

#### 2.1.1.5.4 COMUNA SITIO NUEVO

**DESCRIPCIÓN:** La comuna Sitio Nuevo pertenece a la Parroquia Manglaralto. Sus límites son: al norte, Libertador Bolívar; al sur y al este, Sinchal-Barcelona; y, al oeste Valdivia.

La comuna se sitúa a 6 Kms. de la carretera principal, con la cabecera parroquial a 10 Kms. y con los comunas Libertador Bolívar a 6 Kms., san Antonio, 7 Kms. y Sinchal a 8 Kms. La comuna existe desde el año de 1937, en la cual sus habitantes se dirigían a su comunidad a pie y de la misma manera ingresaban los alimentos, ya que esos tiempos no había motos, ni bicicletas. El



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

suelo de la Comuna Sitio Nuevo se caracteriza por ser arcilloso. El principal cuerpo de agua es un río de nombre desconocido. El área de asentamiento humano es de 10 cuadras, hay 75 casas y 4 calles.

**POBLACIÓN Y ASPECTOS DEMOGRÁFICOS:** La población concentrada se estima en 480 personas, la dispersa en 20 personas, lo que da un total de 500 personas. La población menor de 18 años es de aproximadamente 60% de la población. En los últimos 10 años, la tasa de fecundidad es de aproximadamente 6 hijos, pero no son en todos los casos, muchas veces las mujeres contraen matrimonio a partir de los 14 años por falta de conocimientos y orientación por parte de los padres y de las consecuencias, contraen matrimonio a temprana edad.

Los varones contraen matrimonio a partir de los 18 años de edad. Estas parejas que se forman no contraen matrimonio hasta que la mujer cumpla su mayoría de edad, ya que en el pueblo es común esta situación antes expuesta, por lo general las parejas tienen su primer hijo a partir del primer año.

En la última década la migración ha sido de un 25%, debido a todas las dificultades que presenta la comuna Sitio Nuevo, las personas que han salido del pueblo han migrado a la ciudad de Guayaquil, La Libertad, Santa Elena; algunos de ellos han tenido la suerte de trasladarse a EEUU, España e Italia.

**OCUPACIÓN:** Se estima que el 60% de los hombres trabaja en agricultura, un 40% en artesanías, carpintería, trabajando por cuenta propia. Las mujeres de la comunidad en su mayoría se dedican a las labores domésticas y en un porcentaje mínimo se dedican a la Artesanía. Los desempleados son los jóvenes y ancianos; los jóvenes no tienen empleo a causa que no tienen estudios secundarios y los ancianos debidos a su vejez.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
Escuela de Trabajo Social  
Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

**EDUCACIÓN:** En lo que respecta a la educación, la comuna cuenta con una escuela y colegio. Aunque existan muchos jóvenes que no reciben educación, hay otros que terminan solo la primaria, y los que terminan la secundaria difícilmente toman estudios superiores.

**VIVIENDA Y SERVICIOS BÁSICOS:** Las viviendas en la comuna son en su mayoría de construcción mixta; poseen un sistema de agua entubada y clorada; El servicio de luz eléctrica no llega a todos los hogares; no existe telefonía convencional; y la señal para las operadoras móviles es débil y en ciertos sectores hasta nula.

#### **2.1.1.5.5 CENSO POBLACIONAL, UN LOGRO DEL SUBCENTRO**

La unidad operativa no contaba con una población asignada, varias de las comunidades a cargo no habían sido siquiera censadas, por lo que con ayuda de los presidentes de las comunas se hizo un censo poblacional rápido para establecer la cantidad de personas asignadas y así determinar el éxito o no de los diferentes programas, calcular las coberturas realizadas y lograr apoyo para establecer diagnósticos epidemiológicos confiables.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

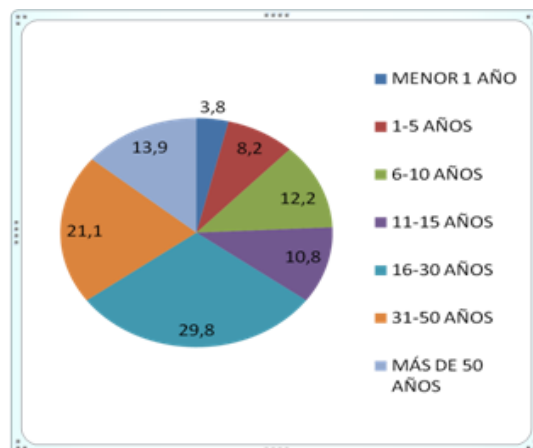
"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

## SAN ANTONIO

En la comunidad de San Antonio existen alrededor de 1600 personas. Más del 50% cuenta entre los 6 y 30 años, lo que indica que se trata de una población joven y con mucho potencial productivo.

**CUADRO Nº 14 Y FIGURA Nº 09**  
**POBLACIÓN POR GRUPOS ETARIOS**

GRUPO ETARIO	POBLACION ESTIMADA	HOMBRES	MUJERES
0-1 AÑO	62	28	34
1-5 AÑOS	135	112	123
6 -10 AÑOS	200	111	89
11-15 AÑOS	177	95	82
16 - 30 AÑOS	485	260	225
31- 50 AÑOS	344	183	161
51 AÑOS O MÁS	228	121	107



**FUENTE:** Censo Poblacional San Antonio julio 2013  
**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC





**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

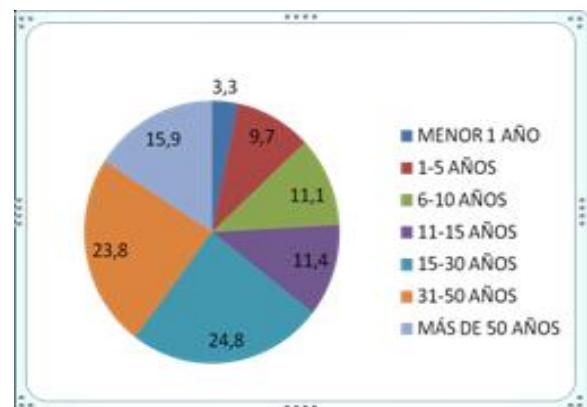
"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

## COMUNIDAD DE CADEATE

La población de Cadeate es de alrededor de 1400 personas concentrándose de igual manera en la población joven, con un 15,9% de personas mayores de 50 años, lo que también le da un potencial inmenso a la comunidad por contar con población en edad productiva.

**CUADRO Nº 15 Y FIGURA Nº 10**  
**POBLACIÓN POR GRUPOS ETARIOS**

GRUPO ETARIO	POBLACION ESTIMADA	HOMBRES	MUJERES
0-1 AÑO	45	18	27
1-5 AÑOS	131	64	67
6-10 AÑOS	149	89	60
11-15 AÑOS	152	72	80
16 - 30 AÑOS	332	185	147
31-50 AÑOS	321	168	153
51 AÑOS O MÁS	214	107	107



**FUENTE:** Censo Poblacional San Antonio julio 2013  
**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

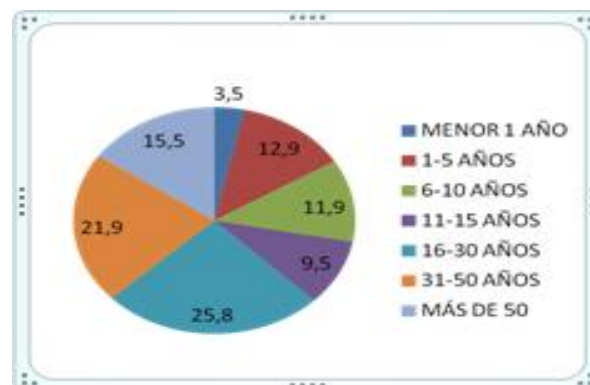
"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

### COMUNIDAD "LIBERTADOR BOLÍVAR"

La población de la comuna Libertador Bolívar es de alrededor de 2200 personas al igual que el resto de las comunidades está compuesta de una gran parte de población joven y productiva con un 15, 5% de personas mayores de 50 años

**CUADRO Nº 16 Y FIGURA Nº 11**  
**POBLACIÓN POR GRUPOS ETAREOS**

GRUPO ETARIO	POBLACION ESTIMADA	HOMBRES	MUJERES
0-1 AÑO	75	43	32
1-5 AÑOS	274	128	146
6-10 AÑOS	250	125	125
11-15 AÑOS	201	106	95
16-30 AÑOS	546	293	253
31-50 AÑOS	465	231	234
51 AÑOS O MÁS	306	152	154



**FUENTE:** Censo Poblacional San Antonio julio 2013  
**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATA



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

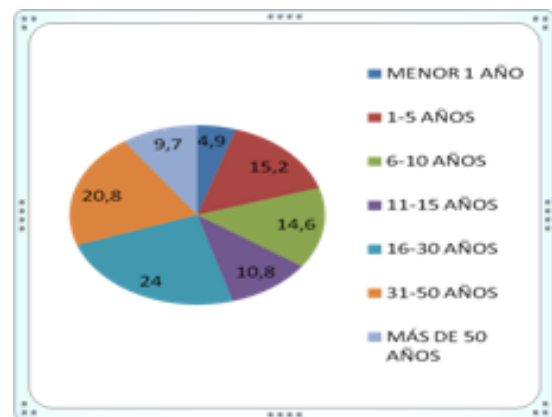
## COMUNIDAD RÍO CHICO

En la comuna de Rio Chico existen alrededor de 300 personas; es una comuna pequeña pero al igual que el resto de comunidades cuenta con una población mayoritariamente joven

CUADRO Nº 17 Y FIGURA Nº 12

### POBLACIÓN POR GRUPOS ETARIOS

GRUPO ETARIO	POBLACION ESTIMADA	HOMBRES	MUJERES
0-1 AÑO	15	5	10
1-5 AÑOS	47	29	18
6-10 AÑOS	45	27	18
11-15 AÑOS	33	16	17
16-30 AÑOS	74	42	32
31-50 AÑOS	64	30	34
51 AÑOS O MÁS	30	17	13



**FUENTE:** Censo Poblacional San Antonio julio 2013  
**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

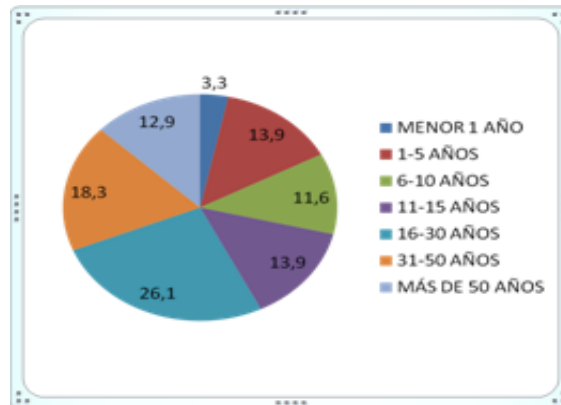
"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

## COMUNIDAD SITIO NUEVO

La comuna de Sitio Nuevo es la población más alejada al subcentro (20 km) y sus vías de acceso no son muy buenas, presenta también una población mayoritariamente joven.

**CUADRO Nº 18 Y FIGURA Nº 13**  
**POBLACIÓN POR GRUPOS ETARIOS**

GRUPO ETARIO	POBLACION ESTIMADA	HOMBRES	MUJERES
0-1 AÑO	10	3	7
1-5 AÑOS	43	23	20
6-10 AÑOS	36	25	11
11-15 AÑOS	43	26	17
16-30 AÑOS	81	40	41
31-50 AÑOS	57	33	24
51 AÑOS O MÁS	40	23	17



**FUENTE:** Censo Poblacional San Antonio julio 2013  
**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATA



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
Escuela de Trabajo Social  
Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

### **2.1.2 ANÁLISIS DEL CONTEXTO SOCIAL: DERECHOS INDIVIDUALES Y COLECTIVOS, DE GÉNERO Y DE INTERCULTURALIDAD DE LA POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO**

Como se pudo determinar, los habitantes de estas comunas provienen de sectores pobres, con escaso acceso a la educación y a los servicios básicos. Los hombres trabajan en diferentes oficios y las mujeres, en su mayoría, se ocupan del cuidado de sus hogares, es un ambiente marcado por concepciones machistas que dificultan la consecución de mejoras en la calidad de vida, tanto de hombres como de mujeres, agravadas porque los niveles educativos de las mujeres suelen ser más bajos que de los varones y porque ellas son más proclives a aceptar o realizar trabajos de tiempo parcial, más precarios, menos remunerados, para conjugar su vida laboral con la esfera doméstica.

El MAIS-FCI, desarrolla desde la perspectiva de género, espacios sociales de acceso a los servicios de salud con la finalidad estratégica de analizar las relaciones de género en un determinado contexto social.

Estas comunas, son ancestralmente dominadas por patriarcados, en donde el hombre incide en la toma de decisiones de vital importancia para la familia. Con esta investigación se pudo revisar de forma relativa el carácter estructural de las tradiciones culturales y sociales de los comuneros, analizando los impactos desagregados por sexo (roles, funciones, tareas, recursos y beneficios), así como asumir el carácter heterogéneo, contradictorio y versátil de las identidades sociales (género), el carácter demográfico y otros datos estadísticos.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

Se partió del reconocimiento de que los enfoques de género y de interculturalidad comparten una misma concepción social del contexto de las comunas adyacentes en el estudio investigativo y unos mismos objetivos: ambas son incompatibles con la lógica de dominación como modelo de relación entre pueblos y personas. Ambas miradas se posicionan de modo similar contra la exclusión social, denunciando públicamente estas lógicas y promoviendo espacios y mecanismos para la transformación (REBOLLO, 2011). El acceso limitado a la salud y la carencia de mecanismos técnicos que solucionen esto, fomenta la aplicación en medidas relativas del MAIS-FCI.

### **2.1.2.1 DERECHOS LABORALES Y ECONOMÍA DEL CUIDADO**

En las comunidades anexas al subcentro de salud de San Antonio, se puede describir de forma tácita la problemática social y de salud. En su mayoría, la deficiente educación genera la sucesión de errores generados desde las familias, en casa. Los comuneros mandan, sus esposas obedecen y los hijos acatan, en una relación muchas veces marcada por la violencia doméstica, que es asumida sin cuestionamiento alguno.

La desigualdad en los derechos laborales entre mujeres y hombres tiene su raíz en la organización social del trabajo, basada en la división sexual del mismo. Esta división influye en las condiciones y obstáculos a los que las mujeres se enfrentan tanto en el ámbito público como en el privado.

La ausencia de corresponsabilidad social condena a las mujeres a peores condiciones, ya que se ven obligadas a compatibilizar cargas familiares con jornadas parciales, peor pagadas y en general más precarias.

En esta coyuntura resulta importante reconocer las dimensiones y valores del trabajo no remunerado y, muy especialmente, el trabajo de cuidado, para



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
Escuela de Trabajo Social  
Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

reflexionar en torno a la nueva dirección del desarrollo global, visibilizando las relaciones de desigualdad en las que se sostiene.

A pesar de que las mujeres campesinas son las principales responsables del proceso agro-productivo, existen claras brechas de desigualdad entre hombres y mujeres en el ámbito rural que impiden a las mujeres acceder y gestionar de forma equitativa los recursos y servicios productivos y agro-ecológicos, como son la tierra, el agua, las semillas. Las mujeres son responsables del cultivo de gran parte de los alimentos, aún sin tener un acceso real a los recursos productivos, ni participación en las decisiones que afectan sus vidas y a la de sus familias.

El informe final del Encuentro Político de las Mujeres Rurales, Diversas por el Buen Vivir y la Soberanía Alimentaria del 2010 afirma, que como ellas mismas manifiestan desde su posicionamiento como mujeres rurales diversas las *“brechas de desigualdad de oportunidades que enfrentamos las mujeres rurales requieren ser tomadas en cuenta de manera diferenciada para superarlas, pues somos actoras de la convivencia nacional y damos un significativo aporte al desarrollo sustentable, superando los modelos tradicionales de desarrollo que mantienen la discriminación del área rural, que se agudiza en el caso de las mujeres rurales”*.

En cambio, en el informe final de la Conferencia Plurinacional e Intercultural de Soberanía Alimentaria (COPISA) del 2011, se afirma que ellas ofrecen un significativo aporte al desarrollo sustentable, entre otros motivos, porque son ellas las principales depositarias de los saberes, conocimientos y prácticas ancestrales y tradicionales sobre el manejo, cuidado y uso de la agrobiodiversidad y la semilla campesina. Así también, juegan un rol especial en garantizar que los ingresos de los hogares se gasten en alimentos, lo que las convierte en actoras claves para promover una mejor nutrición y seguridad alimentaria en las familias pobres. Para las mujeres rurales, la tierra es el



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
Escuela de Trabajo Social  
Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

espacio en que desarrollan las actividades familiares, culturales, económicas y comunitarias.

Es imprescindible asegurar que las mujeres tengan el mismo acceso y control que sus compañeros a los recursos. Al garantizar la igualdad en el acceso y gestión de los recursos y beneficios por parte de ellas, no sólo se mejorará la seguridad y soberanía alimentaria, la salud y nutrición de las personas, sino también se contribuirá a construir comunidades y sociedades más equitativas en términos de género y de autonomía de las mujeres desde la diversidad y la pluralidad.

Existen elementos comunes que configuran la realidad general de las mujeres en las comunidades anexas al subcentro de salud de San Antonio:

- Una de ellas es la vinculación entre situación de pobreza y las restricciones de acceso de las mujeres al desarrollo económico y a la atención en salud adecuadas. Es necesario asegurar el acceso y control de los recursos y beneficios del desarrollo y el Buen Vivir para las mujeres de esta zona rural.
- Es imprescindible reconocer y combatir la doble y triple jornada de las mujeres rurales en el marco de la división sexual del trabajo, que trae como consecuencia una gran carga de trabajo para ellas. Son empleadas del hogar, responsables de los hijos y encargadas de la salud de los mismos. Para ello, es necesario distribuir el trabajo de los cuidados y mejorar las oportunidades de ingreso de las mujeres en el mercado laboral. (AGUINAGA, M. y CARRION, D., 2010)





**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
Escuela de Trabajo Social  
Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

## **CAPÍTULO III**

# **ESTRATEGIAS IMPLEMENTADAS**

**(ENFOQUE FAMILIAR, DE GÉNERO, INTERCULTURALIDAD,  
PARTICIPACIÓN CIUDADANA, ENLACE CON LAS POLÍTICAS PÚBLICAS  
Y LOS DERECHOS INDIVIDUALES Y COLECTIVOS)**



## CAPÍTULO III

### ESTRATEGIAS IMPLEMENTADAS

#### (ENFOQUE FAMILIAR, DE GÉNERO, INTERCULTURALIDAD, PARTICIPACIÓN CIUDADANA, ENLACE CON LAS POLÍTICAS PÚBLICAS Y LOS DERECHOS INDIVIDUALES Y COLECTIVOS)

#### 3.1 ANTECEDENTES TÉCNICOS

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en su calidad de Autoridad Sanitaria Nacional, en el marco de la estructuración del Sistema Nacional de Salud (SNS), establece los lineamientos y herramientas del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS-FCI) con enfoque familiar, comunitario, de género e interculturalidad, para su aplicación por las instituciones del sector salud público y privado, a nivel nacional.

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) es el conjunto de políticas, estrategias, lineamientos y herramientas que al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad, permitiendo la integralidad en los tres niveles de atención en la red de salud. (MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR, 2012)

Por tanto el MAIS-FCI define como van a interactuar los actores de los sectores público y privado, los miembros de la red de servicios de salud y la comunidad para llevar a cabo las acciones conjuntas que permitan dar soluciones integrales a las necesidades o problemas de salud de la comunidad contribuyendo de esta manera a mejorar su calidad de vida.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

**FIGURA Nº 14**  
**MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD (MAIS-FCI)**



**FUENTE:** MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC

El sector salud contempla dos grandes elementos interrelacionados, uno es la oferta vinculada a la disponibilidad de servicios integrales de salud y el otro es el de la demanda, vinculada a las necesidades, accesibilidad y uso efectivo de los servicios por parte de la población.

La oferta de salud está constituida por los sistemas: occidental o alopático, ancestral, y de terapias alternativas reconocidas por la Constitución y la Ley Orgánica de Salud.



## PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

Escuela de Trabajo Social

Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

La demanda de los servicios de salud se estructura en el marco de los determinantes sociales, económicos, culturales, políticos, territoriales, así como en el de las relaciones de género, el momento del ciclo vital, la diversidad étnica, que configuran necesidades y potencialidades particulares para el cuidado de la salud, particularidades que deben ser tomadas en cuenta al momento de desarrollar estrategias y acciones operativas.

Por tales motivos, el subcentro de salud de San Antonio, en estudio ha precisado implementar algunos programas y procesos específicos, los cuales forman parte de la Programación de Prestaciones destinada en su orden al territorio/comunidad, a la familia y al individuo.

### **3.2 COMPONENTE DE PROVISION DE SERVICIOS DE SALUD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN EL SUBCENTRO DE SAN ANTONIO**

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

La estructuración de la oferta de servicios públicos del subcentro de salud de San Antonio se fundamenta en el perfil epidemiológico de la zona, las necesidades de acuerdo al ciclo de vida, la priorización de condiciones y problemas de salud considerando criterios como la evitabilidad y equidad, así como las necesidades específicas que devienen del análisis de género e intercultural.

La Autoridad Sanitaria Nacional define el conjunto de prestaciones integrales de salud (considerando las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales de la persona, integrando las acciones de promoción, prevención,



## PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

Escuela de Trabajo Social

Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

recuperación, rehabilitación, cuidados paliativos), así como las prioridades nacionales de intervención, que deben ser implementadas por las unidades y equipos de salud de la red pública y complementaria, bajo los lineamientos, normas y protocolos construidos participativamente bajo el liderazgo de la Autoridad Sanitaria Nacional (ASN). (MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR, 2012)

Considerando la diversidad y heterogeneidad de la zona a nivel socio territorial, el marco normativo general de prioridades y prestaciones debe adecuarse a las necesidades de los ámbitos zonal, distrital, y de circuitos. Por otro lado, es importante considerar que la realidad y necesidades de salud también están en constante cambio, por lo que están sujetas a una revisión periódica que permita responder de manera adecuada y oportuna a las necesidades de la población.

Los elementos que constituyen este componente son:

- a) Grupos de población a quienes se entregará la atención
- b) Conjunto de prestaciones por ciclos de vida.
- c) Escenarios de atención
- d) Modalidades de Atención

### **3.2.1 GRUPOS DE POBLACIÓN A QUIENES SE ENTREGARÁ LA ATENCIÓN (POLÍTICAS PÚBLICAS)**

La definición de los grupos poblacionales se sustenta en los siguientes criterios:

- Ciclos de vida individual – familiar.
- Grupos prioritarios establecidos en la Constitución de la República.
- Grupos expuestos a condiciones específicas de riesgo laboral, ambiental y social.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

### 3.2.1.1 GRUPOS POR CICLOS DE VIDA INDIVIDUAL - FAMILIAR

Las atenciones en salud en el subcentro de San Antonio, se entregan acorde a las especificidades de cada grupo etario (enfoque de género y generacional) al que pertenece, garantizando una atención integral durante todo el ciclo vital, de la siguiente forma:

**CUADRO N° 19**  
**GRUPOS ETARIOS DE ATENCIÓN EN EL SUBCENTRO DE SAN ANTONIO**

<b>Ciclo de Vida</b>	<b>Grupos de edad</b>			
<b>Niñez</b> 0 a 9 años	Recién nacido de 0 a 28 días	1 mes a 11 meses	1 año a 4 años	5 años a 9 años
<b>Adolescencia</b> 10 a 19 años	Primera etapa de la adolescencia de 10 a 14 años		Segunda etapa de la adolescencia de 15 a 19 años	
<b>Adultos/as</b>	20 a 64 años			
<b>Adulto/a mayor</b>	Más de 64 años			

**FUENTE:** MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC

### 3.2.1.2 GRUPOS PRIORITARIOS ESTABLECIDOS EN LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA

La Constitución Ecuatoriana en el Artículo 35 establece las personas y grupos de atención prioritaria: adultos mayores, mujeres embarazadas; niños, niñas y adolescentes; personas con discapacidad; personas privadas de la libertad, personas que adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad; así como las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos, quienes recibirán atención prioritaria y especializada de los servicios públicos y privados. (SENPLADES, 2008)

Personas y familias en las que alguno de sus miembros tiene problemas de salud en fase terminal y requieren cuidados paliativos, el equipo de salud tiene



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
Escuela de Trabajo Social  
Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

la responsabilidad de brindar atención permanente, continua, de acuerdo a los protocolos de cuidados paliativos tanto a la persona como a la familia.

El MSP brinda atención a estos grupos a través de estrategias integrales de atención que en el MAIS-FCI se incorporan de manera transversal.

### **3.2.1.3 GRUPOS EXPUESTOS A CONDICIONES ESPECÍFICAS DE RIESGO LABORAL, AMBIENTAL Y SOCIAL**

Estos grupos pueden variar de acuerdo al contexto histórico, social y en espacios socio-territoriales concretos, por lo que los equipos de salud tienen la responsabilidad de identificar las condiciones y riesgos, intervenir para el cuidado y atención de su salud, por ejemplo familias en riesgo biológico, psicológico y social identificadas por los equipos de salud en las visitas domiciliarias, trabajadores con riesgos laborales, comunidades que están sujetas a riesgos ambientales.

### **3.2.2 CONJUNTO DE PRESTACIONES POR CICLOS DE VIDA**

Para lograr integralidad en la atención y prestaciones de salud, lo cual es fundamental, el MAIS-FCI reconoce las prestaciones de Promoción, Prevención, Recuperación, Rehabilitación y Cuidados Paliativos, acorde a las necesidades específicas de los grupos poblacionales anexos al subcentro de salud de San Antonio, indicadas para la aplicación según las normas y protocolos definidos por el Ministerio de Salud Pública.

A continuación, se presenta un resumen de las prestaciones de salud de acuerdo a condiciones de salud para el primer nivel de atención aplicado en el subcentro de salud de San Antonio:



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

### 3.2.1.1 PRESTACIONES POR CICLO DE VIDA

**CUADRO Nº 20**  
**PRINCIPALES PRESTACIONES DE PREVENCIÓN**

<b>A.- PRESTACIONES DE PREVENCIÓN</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inmunizaciones en Niños y en Adultos</li> <li>2. Atención Integral del Niño (Nutrición, lactancia materna, crecimiento y desarrollo)</li> <li>3. Prevención de la caries</li> <li>4. Salud Reproductiva Consejería y planificación familiar)</li> <li>5. Salud mental. Detección de problemas de violencia, aprendizaje, afectivos, emocionales, cognitivos.</li> <li>6. Control prenatal del embarazo</li> <li>7. Detección de la agudeza visual y ceguera en niños</li> <li>8. Detección, prevención y consejería de ITS y VIH/SIDA</li> <li>9. Detección precoz de neoplasia (mama, cuello útero y próstata)</li> <li>10. Desnutrición.- suplemento de micronutrientes, según metas en grupos de edad y en gestantes</li> </ol>

**FUENTE:** MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC

**CUADRO Nº 21**  
**PRINCIPALES PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN**

<b>B.-PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN</b>
<p><b>Intervenciones de recuperación para la población en general (recién nacidos, niños, adolescentes, gestantes, adultos y adultos mayores).</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atención del recién nacido (normal complicado y prematuros)</li> <li>2. Atención del parto y puerperio normal</li> <li>3. Recuperación de trastornos de la agudeza visual en niños (estrabismo y catarata)</li> <li>4. Diagnóstico y tratamiento de la infecciones respiratorias agudas</li> <li>5. Atención de partos y puerperio complicados</li> <li>6. Diagnóstico y tratamiento de enfermedades diarreicas agudas y parasitosis</li> <li>7. Diagnóstico y tratamiento de enfermedades infecciosas y transmisibles</li> <li>8. Diagnóstico y manejo de lesiones traumáticas y de tejidos blandos (curación y suturas)</li> <li>9. Diagnóstico y tratamiento y/o estabilización de esguinces, luxaciones y fracturas de extremidades.</li> <li>10. Diagnóstico y tratamiento de emergencias médicas.</li> <li>11. Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental. Trastornos afectivos, emocionales, violencia, cognitivos, de aprendizaje.</li> <li>12. Discapacidades</li> </ol>

**FUENTE:** MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC

**CUADRO Nº 22**  
**PRINCIPALES INTERVENCIONES DE REHABILITACIÓN**

<b>C.- INTERVENCIONES DE REHABILITACIÓN</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Actividades de rehabilitación de fracturas o esguinces en el primer nivel de atención.</li> <li>2. Actividades de psico rehabilitación basadas en la comunidad.</li> <li>3. Actividades de protocolos de rehabilitación para discapacidad física, sensorial y múltiple.</li> <li>4. Estimulación temprana según protocolo dado por neuropediatra del III nivel.</li> <li>5. Manejo de úlclas de decúbito, dado por prescripción en el III nivel.</li> <li>6. Manejo y seguimiento de personas con discapacidad que reciben el bono Joaquín Gallegos Lara.</li> <li>7. Orientación para que personas con discapacidad obtengan carnet y servicios.</li> </ol>

**FUENTE:** MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC





**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

**CUADRO Nº 23**  
**PRINCIPALES INTERVENCIONES DE CUIDADOS PALIATIVOS**

<b>D. INTERVENCIONES DE CUIDADOS PALEATIVOS</b>
1. Fortalecer los aprendizajes dados a familiares del cuidado diario. 2. Revisión de protocolos de manejo de dolor, y otra medicación. 3. Orientación para los trámites de referencia a II y III nivel en caso requerido.

**FUENTE:** MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC

### 3.2.1.2 ACTIVIDADES A EJECUTAR POR LOS EQUIPOS INTEGRALES DE SALUD EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

**CUADRO Nº 24**  
**ACTIVIDADES EJECUTADAS POR LOS EQUIPOS INTEGRALES**

<b>CICLO VITAL FAMILIAR</b>	<b>CONJUNTO DE PRESTACIONES INTEGRALES</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visita Domiciliaria</li> <li>• Utilización de la Ficha Familiar: Llenado, análisis y toma de decisiones</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación del medio físico y ambiente humano</li> <li>• Detección de riesgos biológicos, sanitarios, socioeconómicos y determinación de factores protectores</li> </ul>
<b>Atención básica a las personas por ciclos de vida:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detección y captación temprana del recién nacido</li> <li>• Detección y captación temprana de mujeres en edad fértil para anticoncepción, embarazadas, y madre post-parto.</li> <li>• Identificación de adolescentes en riesgo.</li> <li>• Control y vigilancia del crecimiento y desarrollo: (valoración antropométrica en adultos y adultos mayores).</li> <li>• Valoración de agudeza visual y auditiva.</li> <li>• Vacunación.</li> <li>• Detección y captación de personas con discapacidad</li> <li>• Detección temprana de deficiencias congénitas y adquiridas.</li> <li>• Estimulación temprana de las deficiencias</li> <li>• Atención y referencia para rehabilitación dependiendo del tipo de discapacidad</li> <li>• Atención, valoración y referencia en salud oral</li> <li>• Atención, valoración y referencia en salud mental</li> <li>• Profilaxis de anemia y parasitosis intestinal en niños y adolescentes</li> </ul>
	Detección, atención básica y captación de morbilidad prevalente. Detección temprana, clasificación, seguimiento y referencia de casos de riesgo y con problemas específicos y enfermedades. Promoción, información y educación para la salud. Promoción de la participación social y comunitaria en salud. Promoción, organización y capacitación de grupos específicos Vigilancia de muertes infantiles y maternas. Detección y seguimiento de casos de maltrato intrafamiliar Detección y seguimiento de familias en riesgo Detección, registro y reporte de enfermedades de notificación obligatoria Registro de actividades

**FUENTE:** MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

### 3.2.1.3 ACTIVIDADES EXTRAMURALES

**CUADRO Nº 25**  
**PRINCIPALES ACTIVIDADES EXTRAMURALES**

Actividades generales	Actividades específicas	Frecuencia	Meta Anual
Diagnóstico Situacional	Diagnóstico Inicial	Una vez al año	Diagnóstico situacional actualizado
	Diagnostico dinámico	Permanente	
	Evaluación anual	Final del año	
	Estudios especiales	De acuerdo a la necesidad	
Elaboración de Mapa Parlante	Actualización mapa	Permanente	Mapa actualizado
Visitas domiciliarias	Diagnóstico Familiar (Ficha Familiar)	Permanente	De acuerdo al cumplimiento de las programaciones
	Seguimiento de casos	minimo 3 al año por caso	
	Atención medica exclusiva en casos especiales como ancianos, discapacitados, pacientes terminales y emergencias. En zonas urbanas marginales y rurales en donde se hayan identificado familias en riesgo que por su situación no puedan acceder al servicio se dara la atención necesaria en su domicilio	De acuerdo a la necesidad	
Brigadas médicas	Brigadas médicas en poblaciones de difícil acceso, poblaciones en riesgo, escuelas, lugares de trabajo, etc	Una mensual	
Actividades de promoción es población específica	Formación de clubes de embarazadas, hipertensos, diabéticos y adulto mayor	Permanente	
Actividades de educación	Zonas de riesgo	Permanente	
Capacitación a gestores comunitarios	capacitación de promotores en normas de atención comunitaria	Anual	
Actividades con la red social	Reuniones de la red	Bimensual	
	Desarrollo de estrategias de articulación de los gestores comunitarios con el equipo de salud en el marco de atención integral	Permanente	
	Desarrollo de proyectos en salud	anual	

**FUENTE:** MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC



## PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

Escuela de Trabajo Social

Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

### **3.2.3 ENFOQUES EN LA ATENCIÓN (DERECHOS INDIVIDUALES Y COLECTIVOS)**

Es necesario establecer diferenciaciones de carácter social en la atención brindada dentro del subcentro de salud de San Antonio. Dichos enfoques, logran que los diferentes componentes tengan un articulado desde lo micro hasta lo macro:

- Atención individual
- Atención familiar
- Atención intercultural y de género
- Atención a la comunidad
- Atención al Ambiente y el entorno natural

#### **3.2.3.1 ATENCIÓN INDIVIDUAL**

Reconociendo el carácter multidimensional de la persona, cuyo desarrollo y necesidades de salud local no se relacionan solamente con las condiciones biológicas sino que se enmarcan en un complejo sistema de relaciones biológicas, emocionales, espirituales, sociales, culturales, ambientales que son procesadas a nivel individual generando elementos protectores o de riesgo para su salud y su vida, la atención integral individual se orienta a promover una cultura y una práctica de cuidado y autocuidado de la salud, de atención a las necesidades específicas en cada momento de su ciclo vital, su estilo de vida, garantizando continuidad para la recuperación de la salud en caso de enfermedad, rehabilitación de la funcionalidad y cuidados paliativos cuando ya la condición sea terminal. La atención individual debe basarse en el respeto y el reconocimiento tanto del equipo de salud y de la persona de los derechos y responsabilidades en salud, que debe ser un espacio interactivo y de aprendizaje mutuo.



## PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

Escuela de Trabajo Social

Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

### 3.2.3.2 ATENCIÓN FAMILIAR

La familia constituye un espacio privilegiado para el cuidado de la salud o puede constituirse por cualquier tipo de disfuncionalidad en un espacio productor de riesgos y enfermedad para sus miembros (*como se pudo observar en el capítulo II*). El equipo de salud debe identificar oportunamente problemas y factores de riesgo de cada uno de sus miembros y de la familia en su conjunto, así como factores protectores y brindar una atención integral, promoviendo el autocuidado, brindando apoyo y seguimiento, educando y potenciando prácticas y relaciones saludables. El equipo de salud tiene la responsabilidad de identificar necesidades y articular intervenciones intersectoriales frente a riesgos y problemas que rebasan las posibilidades de intervención desde los servicios de salud.

La Atención Familiar se fortalece con la Atención de salud mental en los servicios de salud de los tres niveles de atención que conforman el Sistema Nacional de Salud, para lo cual se debe garantizar la incorporación de la salud mental como una dimensión de la salud que complementa el enfoque biológico. De esta manera se operativizará el objetivo del Modelo de Atención Integral de la salud de la población, dado que gran parte de los problemas de salud que tiene el país, están relacionados con temas de: violencia, intentos de suicidio, embarazos en adolescentes entre otros.

### 3.2.3.3 ATENCIÓN INTERCULTURAL (MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR, 2012)

En los servicios de salud se deben garantizar la complementariedad de los conocimientos, saberes, prácticas de medicinas ancestrales, complementarias y alternativas de salud, en los diferentes niveles de atención, promoviendo y facilitando la participación social y el ejercicio de derechos.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

La lucha y demandas de las nacionalidades, pueblos indígenas, montubio y afro ecuatorianos del país, ha permitido el reconocimiento constitucional del Ecuador como un país intercultural y plurinacional, lo que establece una nueva lógica de organización del Estado y sus instituciones para garantizar sus derechos.

La hegemonía del enfoque occidental en el quehacer sanitario y la incapacidad que han tenido las políticas y programas de salud para comprender, respetar e incorporar los conocimientos y prácticas de salud ancestrales de la medicina tradicional y medicinas alternativas, se expresa entre otros aspectos en las profundas limitaciones de acceso a los servicios de salud, especialmente a los pueblos y nacionalidades indígenas y afro ecuatorianos.

Para el sector salud el reto fundamental es incorporar de manera transversal el enfoque intercultural en el modelo de atención y gestión, y que los recursos de la medicina tradicional y medicinas alternativas sean complementarios.

La incorporación de la interculturalidad implica fundamentalmente un posicionamiento ético y político de reconocimiento y respeto a la diversidad que permita una interacción horizontal y sinérgica, sustentada en el conocimiento, el dialogo y el irrestricto respeto a los derechos de las personas.

En este sentido, el Ministerio de Salud Pública a través de la Dirección Nacional de Salud Intercultural, ha implementado importantes avances en cuanto a la incorporación del enfoque intercultural y la adecuación cultural de los servicios, particularmente de los servicios de atención a la mujer embarazada y la atención del parto con resultados muy positivos en cuanto a acceso y disminución de complicaciones y riesgos para la madre y el/la niña. Por otra parte, a nivel local existe una red de agentes de salud de la medicina



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
Escuela de Trabajo Social  
Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

indígena y tradicional que históricamente han tenido un papel protagónico en la atención y cuidado de la salud de la población.

El fortalecimiento del MAIS-FCI implica por lo tanto definir e implementar estrategias que permitan incorporar el enfoque holístico de la salud de las culturas ancestrales y operativizar el enfoque intercultural en los diferentes niveles de atención. Para lograrlo, se requiere, entre otras acciones, la formación y capacitación del recurso humano en el enfoque intercultural, generar actitudes y condiciones para garantizar una interacción con las y los usuarios respetando sus conocimientos y prácticas de salud, y avanzar en la adecuación cultural de los servicios con la activa participación de los actores de la medicina ancestral y alternativa, que contribuyan a recuperar, fortalecer y potenciar sus saberes y prácticas en función de una atención integral.

Es así que la interculturalidad en salud se vincula como el enfoque que permite la inter relación entre culturas sanitarias distintas, aquella que se da entre los proveedores de salud que tienen en sus orígenes, en su preparación y formación, concepciones y prácticas distintas, más que tienen credibilidad y preferencia por parte de los usuarios. Además la interculturalidad mejorará las relaciones entre los proveedores diversos en salud y sus demandantes o usuarios que por su origen tienen y generan distintas demandas de atención en salud.

La organización de los servicios de salud al interior del Sistema Nacional de Salud, la incorporación de este enfoque permite acercar los servicios a la población porque reduce las barreras de acceso sociocultural principalmente.

Desde la oferta de servicios de atención en salud la interculturalidad como enfoque busca hacer efectivo el mandato constitucional donde se establece la conformación y presencia efectiva de los proveedores de las medicinas



## PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

Escuela de Trabajo Social

Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

occidentales, en conjunto con las medicinas alternativas y complementarias, inter relacionados logren el bienestar del individuo, familia y comunidad respetando y considerando sus situaciones y condiciones diversas, a fin de que la provisión de servicios cumpla con criterios de pertinencia, coherencia y correspondencia.

### **3.2.3.4 ATENCIÓN A LA COMUNIDAD (MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR, 2012)**

La comunidad es el escenario inmediato donde se desarrolla la vida de las personas y las familias, donde interactúan y se procesan las condiciones sociales, económicas, ambientales generando potencialidades o riesgos para la salud. Es el espacio privilegiado para la acción de los sujetos sociales en función de la generación de condiciones sociales ambientes saludables.

Es una concepción metodológica y una herramienta para el análisis de la realidad y la transformación de la misma, con la participación activa de la comunidad, constituyéndose en un elemento clave para la implementación del Modelo de Atención.

La Epidemiología Comunitaria se caracteriza por:

- Los datos epidemiológicos que se generan no tienen un camino unidireccional (desde la periferia hacia el centro) si no que transitan en un camino de ida y vuelta, donde se validan, se enriquecen y finalmente se convierten en elementos fundamentales para el diálogo en y con las comunidades.
- No excluye el uso de la tecnología informática y de las telecomunicaciones, pero se fundamenta en el uso de la palabra, de la escucha, del pensamiento, de la reflexión; habilidades humanas que,



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

hasta donde se conoce, no han sido todavía superadas por ningún software, Smartphone o red neural.

- Es una herramienta de uso popular, sirve para: “conocer mejor la realidad en la que vivimos para poder transformarla”.
- Concibe a la comunidad como un conjunto de personas que comparten un interés o un problema común y no solamente como un lugar delimitado geográfica y demográficamente, por lo general aislado, deprimido y exótico.(TOGNONI, 1998)
- Da mucha importancia al papel de la comunidad en el campo de la investigación, que a través de un proceso sistemático y participativo evalúa permanentemente en qué medida el(los) derecho(s) que ha(n) sido reconocido(s) está(n) siendo garantizado(s).

La APS renovada está fuertemente ligada a procesos de organización y participación social que se construyan desde las necesidades y demandas más sentidas de los seres humanos. La posibilidad de generar espacios democráticos deliberativos y asociativos de poder ciudadano pueden convertirse a corto y mediano plazo en la oportunidad de generar procesos de transformación en el ámbito de la salud y la calidad de vida.

El MAIS-FCI se orienta a generar condiciones y mecanismos que contribuyan a que las personas y las organizaciones sociales locales tengan el control sobre los determinantes sanitarios, a través de procesos de información, educación permanente y activa participación, facilitando el pleno ejercicio de sus derechos y responsabilidades en salud.

La generación de condiciones saludables no es posible sin participación activa de las personas como sujetos de derecho, que tienen la misión de construir sus organizaciones representativas para conocer, acordar, ejecutar y evaluar conjuntamente con los equipos de salud las intervenciones del modelo de





## PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

Escuela de Trabajo Social

Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

atención. La organización local se constituye en la contraparte de veeduría del ejercicio del derecho a la salud y el funcionamiento de la red de servicios.

### **3.2.3.5 ATENCIÓN AL AMBIENTE O ENTORNO NATURAL (MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR, 2012)**

La provisión de servicios debe incorporar también estrategias y acciones orientadas al cuidado ambiental como uno de los determinantes más importantes de la salud.

El deterioro ambiental, la contaminación, el impacto del cambio climático están ocasionando graves riesgos y problemas de salud en la población que deben ser frenados con acciones de prevención, promoción de estilos de vida saludables, educación e información sobre los riesgos ambientales. El cuidado de la salud y el entorno implica intervenciones intersectoriales y con la activa participación de la comunidad.

### **3.2.4 MODALIDADES DE ATENCIÓN EJECUTADAS**

El MAIS-FCI organiza la atención integral en el subcentro de salud de San Antonio, para los tres niveles de atención bajo las siguientes modalidades:

- Atención intramural
- Atención extramural
- Trabajo en comunidad



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
Escuela de Trabajo Social  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

### **3.2.4.1 ENFOQUE DE ATENCIÓN INDIVIDUAL, FAMILIAR, INTERCULTURAL Y DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA**

#### **3.2.4.1.1 PROGRAMAS Y ACTIVIDADES IMPLEMENTADOS**

- **ATENCIÓN INTRAMURAL O EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.**

Aquí se desarrollarán las actividades según su nivel de resolución: de atención de especialidad, morbilidad, preventivas y de promoción de la salud, aplicando el conjunto de prestaciones integrales por ciclo de vida y las Normas de Atención del Ministerio de Salud Pública, las cuales deberán ser planificadas anualmente para estimar el volumen de atenciones y la cantidad de insumos y medicamentos que requieren las unidades de los tres niveles de atención.

Estos procesos se implementan de acuerdo al arquetipo social establecido por el MAIS-FCI: Atención individual, Atención familiar, Atención intercultural y de género, Atención a la comunidad, y Atención al Ambiente y el entorno natural.

- **ATENCIONES MÉDICAS EN LA UNIDAD OPERATIVA DE SAN ANTONIO**

En este apartado, es necesario determinar el contexto social de la población atendida en el subcentro de salud de San Antonio. El trabajo es eminentemente de carácter social, puesto que en este caso siempre hay que relacionar la salud/enfermedad con las causas estructurales que las provocan.

Son comuneros que habitan en zonas pobres, marginadas y unas, alejadas de los centros urbanos. Indistintamente, son variables que degeneran en procesos de debilitamiento de la salud de la población.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
Escuela de Trabajo Social  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

El MAIS-FCI, impulsa desde distinto ángulos la humanización de la atención brindada en salud a través de sus procesos específicos por grado de complejidad y por tipos de unidades médicas. Se busca que el servicio de salud brindado no sólo se concentre en la dotación de medicina de forma intensiva, sino en el control y prevención de enfermedades. Muchas de ellas, debido a que son evitables desde el hogar. Se trabaja con medidas paliativas y de educación para la salud.

- **ATENCIÓN INTRAMURAL MEDICINA GENERAL**

Como se puede observar en el cuadro expuesto a continuación, se muestra mensualmente la cantidad de atenciones dadas dentro de la unidad operativa, cabe destacar que el subcentro, al ser anidado al hospital, se ingresa la información de las atenciones como “*consultas en la comunidad*” y no en “*establecimiento*”. Dicho proceso dificultó hacer una exposición real en cuanto a la cantidad exacta atendida en el establecimiento y cuántas atenciones se ejecutaron en la comunidad, por lo que en este trabajo, se considera como atenciones en la comunidad (extramural) a aquellas realizadas en los CIBV (Centros Integrales del Buen Vivir) y las atenciones dentro del programa de “Salud Escolar”. (VERA & SALINAS, 2013)



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

**CUADRO Nº 26**  
**ATENCIÓN INTRAMURAL SCS SAN ANTONIO (SEPTIEMBRE 2012 – AGOSTO 2013)**

MES	M	F	ATENCIONES DE MORBILIDAD		ATENCIONES DE FOMENTO		TOTAL
			primera	subsecuente	primera	subsecuente	
SEPTIEMBRE	84	163	215	12	20		247
OCTUBRE	194	290	408	48	28		484
NOVIEMBRE	171	248	326	14	79		419
DICIEMBRE	185	170	287	17	51		355
ENERO	110	204	207	68	32	7	314
FEBRERO	72	93	115	31	19		165
MARZO	71	141	158	37	16	1	212
ABRIL	115	164	212	44	23		279
MAYO	93	159	203	34	15		252
JUNIO	169	257	325	75	26		426
JULIO	152	282	303	65	66		434
AGOSTO	217	361	434	86	57	1	578
<b>TOTAL</b>	<b>1633</b>	<b>2532</b>	<b>3193</b>	<b>531</b>	<b>362</b>	<b>9</b>	<b>4165</b>

FUENTE: Registro de partes diarios profesional.

ELABORADO POR: OSCAR CERÓN TATAC

- **MEDIDAS PARA EL MEJORAMIENTO EN LA ATENCIÓN INTRAMURAL.**

En cuanto a la atención intramural o dentro de la unidad operativa, se organizó un sistema de triaje (Sistema de revisión y evaluación previa del paciente para determinar la gravedad en el estado de salud) para alivianar la cantidad de pacientes que iban por una consulta, dando una mayor importancia a los grupos de atención por condición clínica y por grupos prioritarios.

Prioridades en la atención médica:

- 1) Pasan todas las emergencias y urgencias médicas: rápidamente se le hace una valoración para determinar si dichos cuadros podían ser manejados en la unidad operativa o si necesitan de un nivel superior de atención, los cuales son enviados con hoja de referencia al hospital para



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

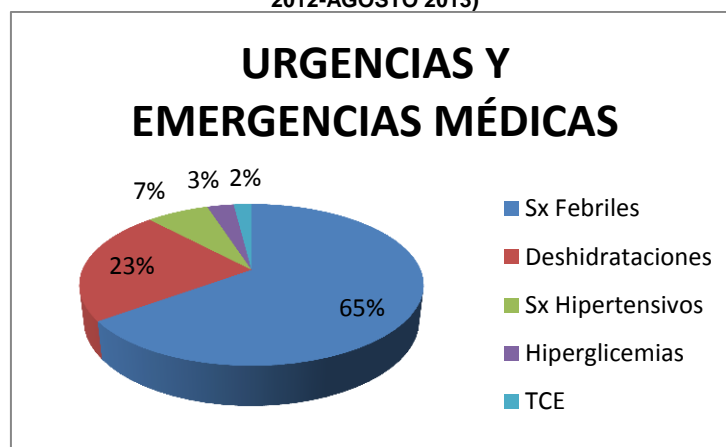
"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

que sean valorados y tratados. Las patologías consideradas urgencias y emergencias médicas (síndromes febriles, deshidrataciones, traumas craneoencefálicos, síndromes coronarios, pérdidas de la conciencia, crisis hipertensivas, etc.), son tratadas prioritariamente con la explicación al resto de personas, las cuales aceptan darles paso.

- 2) Grupos prioritarios: personas con discapacidad, menores de edad, adultos mayores, mujeres embarazadas, personas con enfermedades catastróficas, etc.
- 3) Luego la atención para el resto es normal y continua, pudiéndose detener en el caso de llegar una emergencia.

En el siguiente gráfico, se pueden observar las principales patologías en urgencias y emergencias médicas presentadas durante el año en valores porcentuales:

**FIGURA N° 15**  
**PRINCIPALES URGENCIAS Y EMERGENCIAS MÉDICAS PRESENTADAS EN PS SAN ANTONIO (SEPTIEMBRE 2012-AGOSTO 2013)**



**FUENTE:** Partes diarios profesional  
**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC

- Se puede observar que la mayoría de casos fueron síndromes febriles, los cuales se presentan más en niños de 1-4 años de edad, cabe destacar que la gran mayoría son cuadros de hasta 3 días de evolución,



## PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

Escuela de Trabajo Social

Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

lo cual demuestra un desinterés de los padres de familia por llevar a sus hijos al médico. Es necesario también puntualizar que los días donde mayoritariamente se ven estos casos son los días lunes, debido a que son cuadros que empezaban desde el día viernes y esperan todo el fin de semana para hacerlos atender; a esto hay que sumar la negativa de acudir al hospital durante los fines de semana porque los comuneros mencionan que *“no les dan la atención que necesitan”*.

- Estos cuadros al ser identificados se les procede a dar antipiréticos (paracetamol) por el personal de enfermería de acuerdo a la fórmula: Kg x 10 mg/dosis y medidas físicas hasta esperar la consulta.
- Las deshidrataciones se valoran, y de acuerdo a dicha valoración, se procede a la rehidratación oral o la rehidratación parenteral dependiendo del caso, aquellos que entran a plan de tolerancia oral (casos no tan graves), esperan su atención mientras se hidrataban desde sus puestos.
- En las comunidades hay muchos problemas de presión arterial. Dichas crisis hipertensivas son abordadas por la unidad operativa y van cediendo bajo el tratamiento aplicado, a pesar que el médico rural pertenece al consejo fármaco-terapéutico y en varias ocasiones mencionó la necesidad de contar con medicamentos como el captopril de 25 mg, nunca se las distribuye, y en todos los casos de urgencias hipertensivas, el familiar del paciente o el paciente, en algunas casos, tiene que ir a conseguir el medicamento.
- Las crisis hiperglucémicas son manejadas con hidratación y en el caso de no ceder, son enviadas al hospital para que sean tratadas con insulina, medicamento que no entregan a las unidades operativas.
- En el caso de TCE (traumas cráneoencefálicos), todos son leves, y en cuanto fracturas, varias son de tratamiento conservador y una que otra,



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

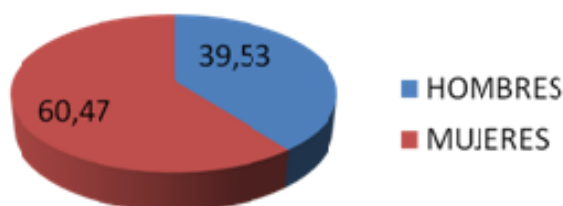
"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

requiere tratamiento quirúrgico. Ante esta situación, muchos pacientes se niegan a recibir la atención.

En el siguiente gráfico, se puede observar la cantidad porcentual de atenciones dadas de acuerdo al sexo:

**FIGURA N° 16**  
**ATENCIONES DE ACUERDO AL SEXO**

**ATENCION HOMBRE/MUJER**



**FUENTE:** Partes diarios profesional  
**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAÇ

En la unidad operativa, existe una mayor afluencia de mujeres a la consulta médica que hombres, se lo atribuye a que en estas comunidades, como se mencionó, el gran porcentaje de las familias son mantenidas por los padres de familia, la mayoría, en trabajos como pesca, artesanías, actividades de turismo que no les proporciona seguridad social y les consume sus jornadas a tiempo completo, lo cual, les imposibilita a acudir por una atención médica.

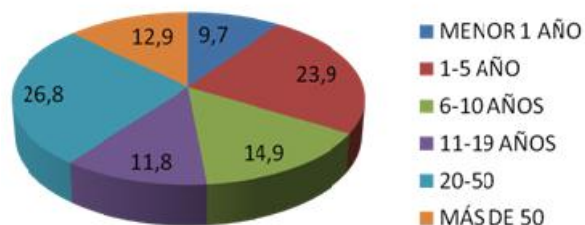
En el siguiente gráfico se observa en valores porcentuales, el total de las atenciones dadas de acuerdo a cada grupo etario. Se distingue que los grupos etarios que acuden en mayor cantidad a la consulta médica, comprenden a los niños de 1-5 años y de 20 a 49 años de edad.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

**FIGURA Nº 17**  
**ATENCIONES DADAS POR GRUPO ETARIO EN AÑO RURAL**



**FUENTE:** Partes diarios profesional

**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC

En el cuadro y gráfico, se puede observar que en el puesto de salud se realizan principalmente actividades como inyecciones, extracción de puntos, control de peso, talla, presión arterial, *hemogluco test*, nebulizaciones, hidrataciones orales y parenterales, entre otros, teniendo como total durante el año rural 1112 de estas actividades médicas. Hay que tomar en cuenta que también se realizan otras actividades como exámenes del pie, admisión y archivo de historias clínicas.

**CUADRO Nº 27**  
**CONSOLIDADO TOTAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA REALIZADOS EN EL P.S. SAN ANTONIO**  
**DESDE 1 SEPTIEMBRE 2012 HASTA 31 DE AGOSTO DEL 2013.**

MESES	INYECCIONES	ADM. DE MEDICAMENTOS	NEBULIZACIONES	CURACIONES	HIDRATACION PARENTERAL	HGT	RETIRO DE PUNTOS	HIDRATACION ORAL	OTROS	TOTAL
SEPTIEMBRE	69	0	29	2	0	5	0	5		110
OCTUBRE	36	0	18	1	5	8	0	2	1	71
NOVIEMBRE	20	5	14	1	4	8	2	5	1	60
DICIEMBRE	84	0	11	3	24	3	0	0	1	126
ENERO	70	0	12	14	24	2	0	0	0	122
FEBRERO	50	25	12	4	12	5	2	2	0	112
MARZO	57	0	11	5	23	1	0	0	1	98
ABRIL	44	0	13	1	9	1	4	0	0	72
MAYO	60	8	7	10	10	3	0	0	0	98
JUNIO	50	45	6	0	2	4	3	2	0	112
JULIO	17	11	4	1	1	1	0	0	0	35
AGOSTO	71	9	2	10	2	1	1	0	0	96
TOTAL	628	103	139	52	116	42	12	16	4	1112

**FUENTE:** Partes diarios profesional

**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC

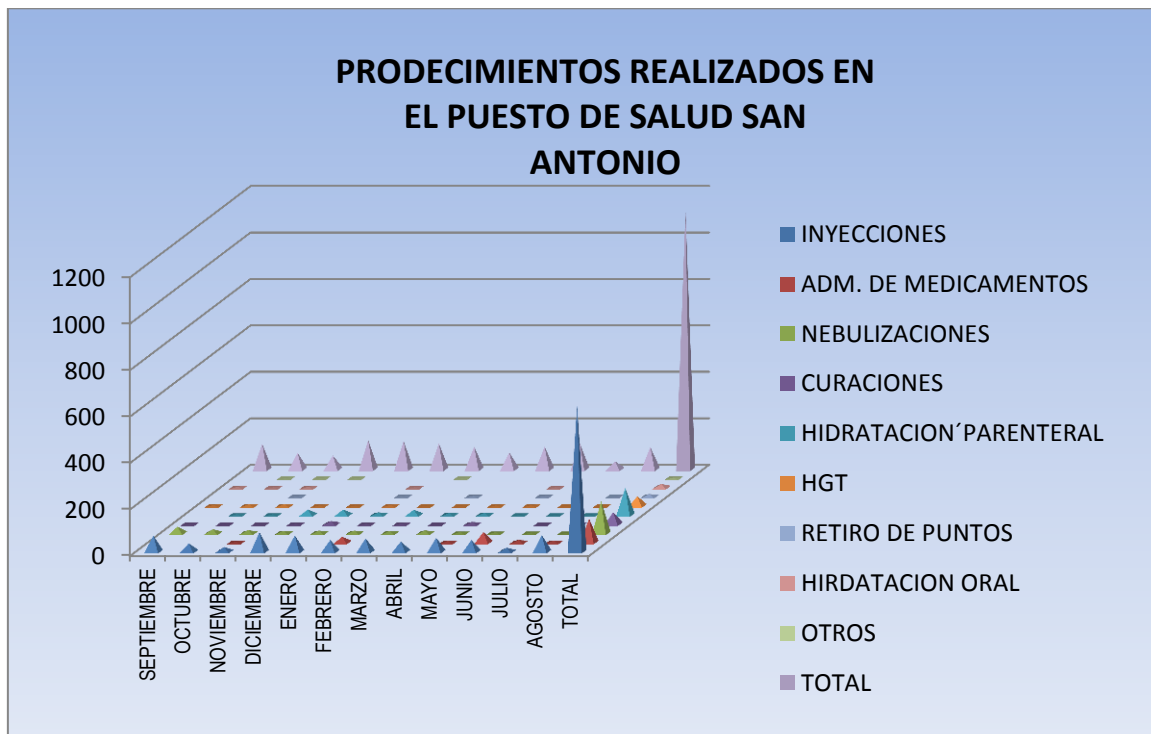




**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

**FIGURA Nº 18**  
**PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA REALIZADOS EN AÑO RURAL.**



**FUENTE:** Partes diarios profesional  
**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC

- **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO**

El perfil epidemiológico de una zona proporciona datos importantes, ya que de esta manera se conoce que tipo de enfermedades se van a encontrar en éstas y así poder crear planes de intervención que ayuden a disminuir estos indicadores, y trabajar en la educación, control y prevención en las comunidades.

El perfil epidemiológico está basado en los informes mensuales que son entregados durante el año de medicina rural. (VERA & SALINAS, 2013) Para fines estadísticos, se ha tomado la información entre el 01/01/2013 hasta 31/08/2013 para realizar el perfil epidemiológico del año. Aquí se demostrará cuáles son las principales causas de morbilidad en cada uno de los grupos



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

etarios de la población asignada, trabajando en base a 2397 atenciones como muestra, que son el total de personas atendidas en este periodo y que tuvieron una atención por morbilidad.

**CUADRO Nº 28**  
**ATENCIONES DE MORBILIDAD POR GRUPO ETARIO EN NÚMEROS ABSOLUTOS (ENERO 2013-AGOSTO 2013.**  
**P.S. SAN ANTONIO)**

Atenciones de morbilidad por grupo etario (1 de enero 2013 - 31 de agosto 2013)							
MES	< de 1 año	1-4 años	5-9 años	10-14 años	15-19 años	20-49 años	> de 50 años
Enero	26	66	31	13	15	78	46
Febrero	11	42	22	9	8	36	18
Marzo	10	50	29	16	10	40	40
Abril	22	73	46	23	12	54	26
Mayo	25	73	21	13	11	61	33
Junio	38	143	49	18	18	75	59
Julio	29	106	48	23	18	83	61
Agosto	37	141	66	56	28	106	86
<b>Total</b>	<b>198</b>	<b>694</b>	<b>312</b>	<b>171</b>	<b>120</b>	<b>533</b>	<b>369</b>
<b>Total atenciones morbilidad</b>							<b>2397</b>

**FUENTE:** Partes diarios profesional

**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC

A continuación se puede observar el cuadro con las principales morbilidades presentadas en esta unidad operativa, en números absolutos por grupo etario:



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

**CUADRO N° 29**  
**PRINCIPALES MORBILIDADES POR GRUPO ETARIO: PS SAN ANTONIO (ENERO 2013-AGOSTO 2013)**

N	DIAGNÓSTICOS	MUJER	HOMBRE	GRUPOS DE EDAD						TOTAL	
				1 - 11 MESES	1 - 4 AÑOS	5 - 9 AÑOS	10 - 14 AÑOS	15 - 19 AÑOS	20 - 49 AÑOS		50 - 64 AÑOS
1	RINOFARINGITIS AGUDA	427	301	118	280	103	55	23	91	58	728
2	IRA, Incluido amigdalitis aguda	220	150	33	177	61	28	15	47	9	370
3	Parasitosis Intestinal, amebiasis	150	109	3	130	85	9	7	17	3	254
4	Gastritis	123	45	0	0	0	9	28	98	26	161
5	Enfermedades de piel	53	71	19	25	15	13	16	51	5	144
6	ECNT	68	54	0	0	0	0	1	23	98	122
7	ARTRALGIA Y POLIARTRALGIAS,	97	18	0	0	0	0	3	39	73	115
8	SINDROMES DIARREICOS AGUDOS	59	45	10	41	11	11	4	13	9	99
9	DESNUTRICION Y ANEMIAS	34	37	0	27	7	14	4	25	4	81
10	IVU	25	51	0	0	7	6	5	52	11	81
11	OTROS	115	119	15	14	23	26	14	77	73	242
	TOTALES	1385	1012	198	694	312	171	120	533	369	2397

**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC

**FUENTE:** Partes diarios profesional

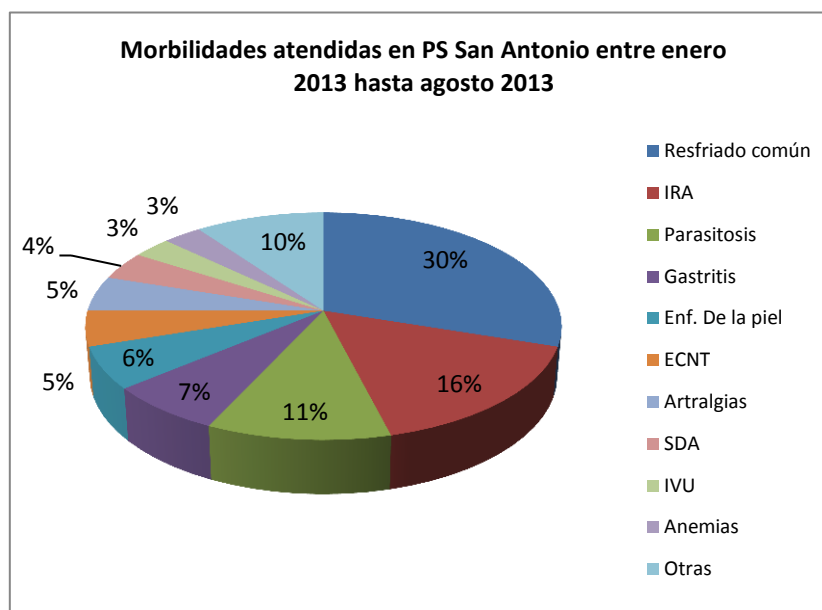
Del total de morbilidades, se puede observar que el 30% de los pacientes presentó en primer lugar las rinofaringitis agudas, le siguen las infecciones respiratorias agudas con el 16%, parasitosis 11%, gastritis 7%, enfermedades crónicas no transmisibles 5%, enfermedades de la piel 6%, artralgias y poliartalgias 5%, síndromes diarreicos agudos 4%, infección de vías urinarias 3%, anemias y desnutrición 3%, y por último la categoría “otras” que representa el 10%, los cuales podemos ver reflejado en el siguiente gráfico:



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

**FIGURA N° 19**  
**MORBILIDADES EN DATOS PORCENTUALES POR GRUPO ETARIO (ENERO 2013- AGOSTO 2013)**



**FUENTE:** Partes diarios profesional  
**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC

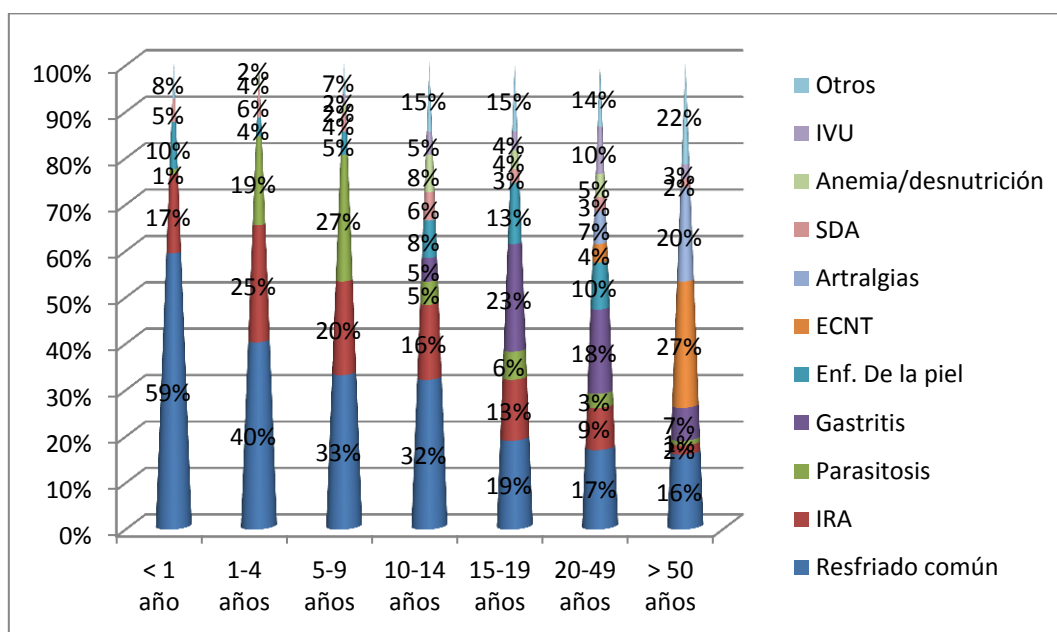
En el siguiente gráfico se representan en colores las principales morbilidades por grupo etario, tomando las enfermedades más comunes, las demás, ingresan en la categoría "otras":



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

**FIGURA N° 20**  
**PRINCIPALES MORBILIDADES/PS SAN ANTONIO (ENERO 2013-AGOSTO 2013)**



FUENTE: Partes diarias profesional

ELABORADO POR: OSCAR CERÓN TATAC

## • ANÁLISIS DEL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

En base al análisis del perfil epidemiológico, se pudieron determinar algunos puntos críticos:

- La rinofaringitis aguda se presenta en la mayoría de los grupos etarios como una patología frecuente. En el caso de los niños la incidencia es mayor en relación a los otros grupos. Su incidencia podría tener una relación importante con la comunidad, recordando que se trata de una población joven, además, la preocupación de los padres por llevar a los hijos al subcentro por cualquier síntoma suscitado, no tanto así con ellos mismos que prefieren pasar los resfriados en casa.



## PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

Escuela de Trabajo Social

Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

- Las infecciones respiratorias agudas son también una causa importante de consultas médicas, en un gran porcentaje son cuadros de hasta 4 o 5 días de evolución, muchos casos provenientes de la comunidad “Sitio Nuevo”, donde el acceso vial es difícil. No se presentaron infecciones respiratorias graves, respondieron bien a los tratamientos y no necesitaron ingreso hospitalario. Hay algunos casos de infecciones respiratorias agudas atribuidas a posibles casos de influenza a H1N1, pero fueron captados en otros puntos.
- Las enfermedades de la piel también representan a un número importante de consultas médicas, en el caso de los menores de edad, la mayoría son de etiología benigna: exantema toxo-alérgico del recién nacido, dermatitis por pañal, dermatitis de contacto, candidiasis cutánea, impétigo, etc. En el caso de los adultos la principal causa son las candidiasis de piel y uñas.
- La parasitosis se presenta en gran porcentaje en grupos etarios menores de 10 años. Siendo la amebiasis más frecuente que las parasitosis en el diagnóstico por análisis clínico (coproparasitario, la mayoría son diagnosticados por clínica (expulsión de gusanos por ano según las madres). A lo mejor exista una sobre dimensión de los síntomas por parte de las madres al momento de la consulta, sin embargo, se da tratamiento cada 6 meses por estar en un lugar endémico y con malos servicios higiénicos, además que en el programa de salud escolar y en el control a los Centros integrales del Buen Vivir, se cubre un número importante de esta población, desparasitándolos.
- En la población adulta una causa importante de consulta son las epigastralgias, la mayoría dieron positivo para *Helicobacter Pilory* (80% de los casos), los que responden exitosamente al tratamiento médico. Existe un sub registro de esta patología debido a ser un examen costoso



## PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

Escuela de Trabajo Social

Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

para la población de estas comunidades y en el hospital donde se envía a hacer los análisis, raramente la hacen. Los pacientes acuden periódicamente por neutralizantes gástricos a la espera de realizarse la prueba sin costo.

- En la población adulta mayor las enfermedades crónicas no transmisibles (HTA, DM, Dislipidemias) es la principal causa de consulta, la poca colaboración de los pacientes en el manejo de la dieta, el poco acceso a las medicinas, la falta de profesionales especializados en los otros niveles de atención y otros factores, empeoran el escenario para un paciente que debe ser controlado periódicamente. La dotación de medicamentos antihipertensivos, dislipidémicos y antiglicémicos a la unidad operativa es irregular, se dota a la unidad operativa con menor cantidad de lo que se requiere y de lo pedido; además, el envío de diferentes medicamentos antihipertensivos es constante, por lo que se les cambia de tratamiento a los pacientes, algo que no ayuda en el control óptimo de esta patología.
- Las artralgias y poliartralgias también son motivo de consulta por los grupos adultos y adultos mayores; se integran a éstas las lumbalgias que guardan íntima relación con la actividad de la confección de sombreros con paja toquilla. La falta de reumatólogos y demás especialistas en la provincia es un problema inmenso a la hora de referir pacientes que necesitan valoración especializada.

- **ATENCIÓN EXTRAMURAL O COMUNITARIA**

El objetivo es el Cuidado de la Salud a través de medidas que se orienten a la identificación y control de riesgos a nivel individual, familiar, comunitario y del entorno, implementación de estrategias y acciones de prevención, promoción de la salud, educación sanitaria, fortalecimiento de la participación ciudadana y



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
Escuela de Trabajo Social  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

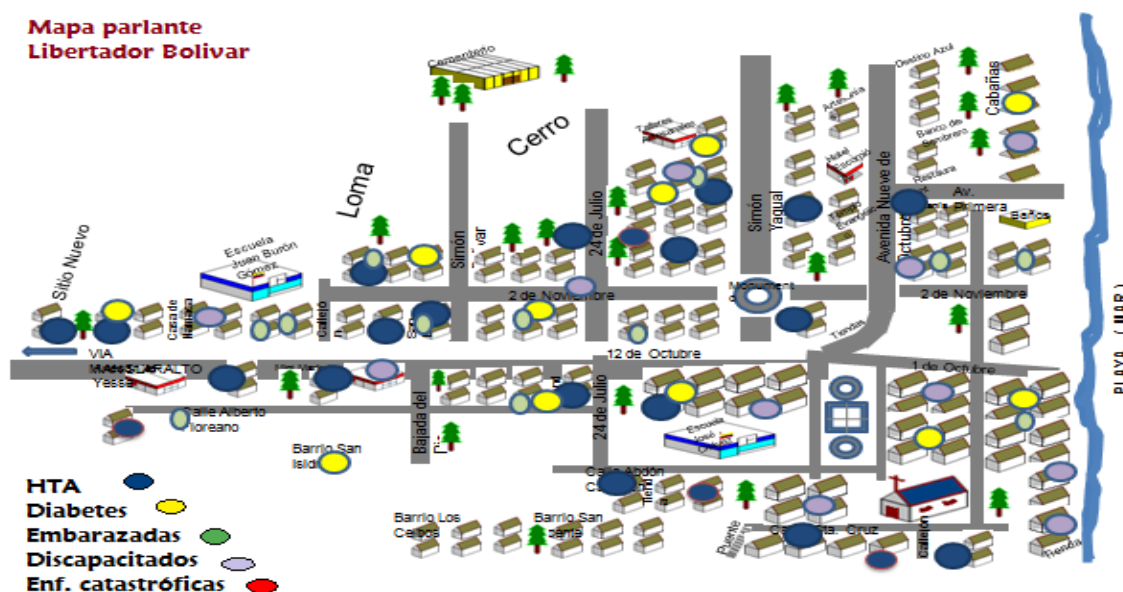
de la coordinación intersectorial para actuar sobre los determinantes de la salud y contribuir al desarrollo integral a nivel local. Se realiza en:

- A. Trabajo en entidades educativas
- B. Trabajo en comunidad, centros carcelarios, fabricas, empresas
- C. Trabajo en domicilio

• **MAPAS PARLANTES DE LAS COMUNIDADES**

Es necesario mostrar de forma geográfica, la situación de salud de las comunidades anexas a la unidad operativa de San Antonio. Los mapas parlantes son instrumentos técnicos y metodológicos que permiten analizar y conocer en forma gráfica a los actores sociales, el proceso vivido por los actores locales, los factores de riesgo y de protección: ambiental, estilos de vida, sanitario y biológico. (MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR, 2012) Los cuales se presentan a continuación:

**FIGURA N° 21**  
**MAPA PARLANTE COMUNA LIBERTADOR BOLÍVAR**



**FUENTE:** Comuna Libertador Bolívar  
**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC

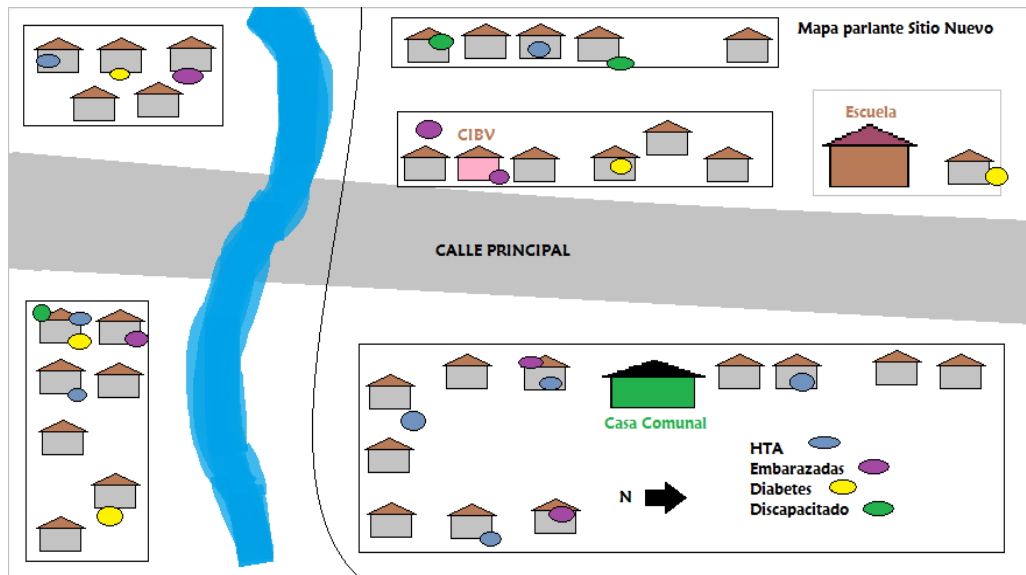




**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

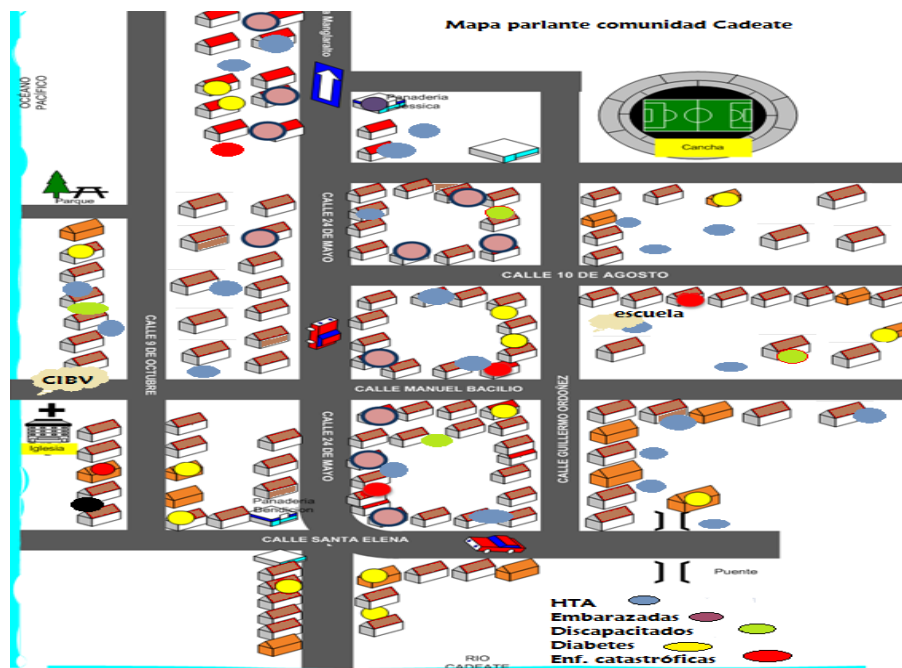
"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

**FIGURA Nº 22**  
**MAPA PARLANTE COMUNA SITIO NUEVO**



FUENTE: Comuna Sitio Nuevo  
 ELABORADO POR: OSCAR CERÓN TATAC

**FIGURA Nº 23**  
**MAPA PARLANTE COMUNA CADEATE**



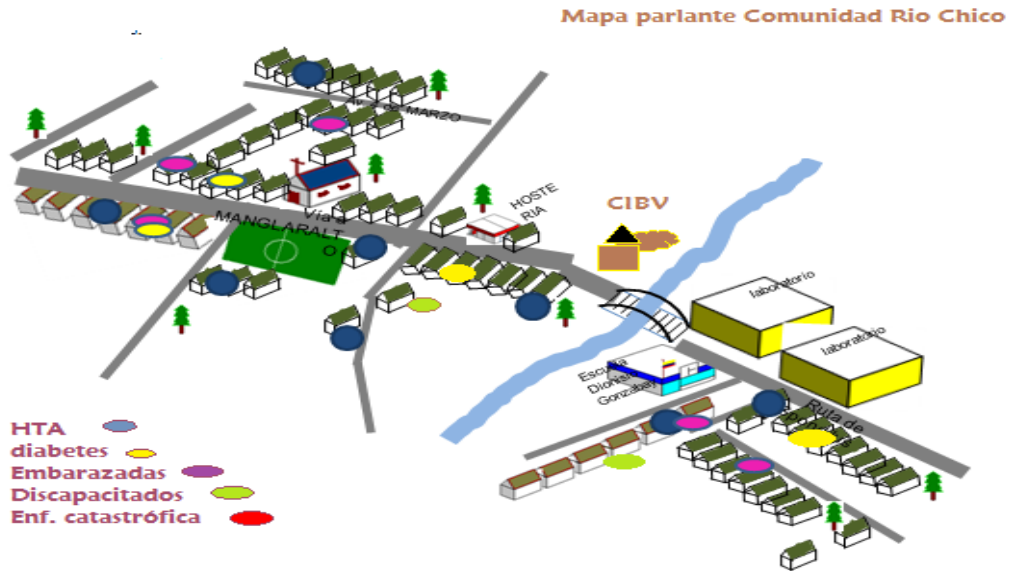
FUENTE: Comuna Cadeate  
 ELABORADO POR: OSCAR CERÓN TATAC



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

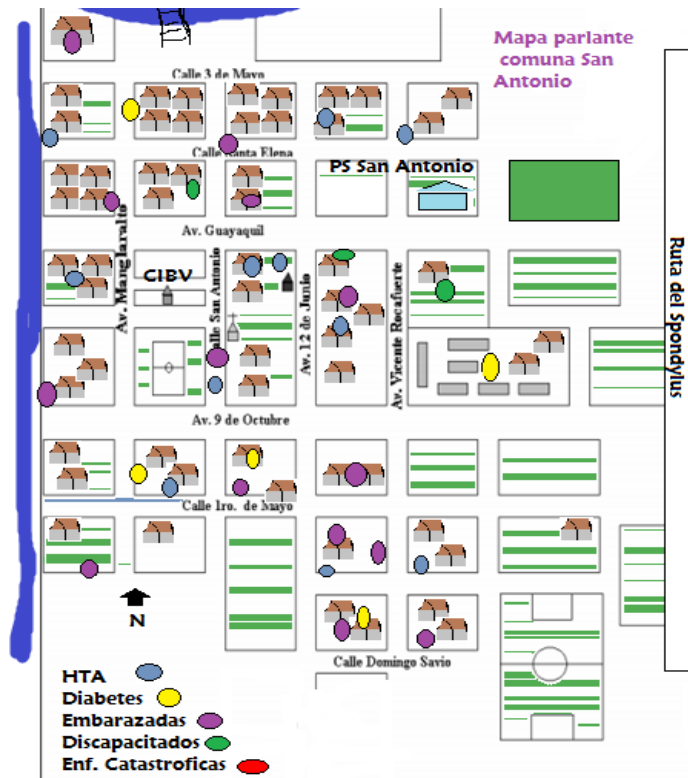
“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

**FIGURA Nº 24**  
**MAPA PARLANTE COMUNA RÍO CHICO**



FUENTE: Comuna Río Chico  
 ELABORADO POR: OSCAR CERÓN TATAC

**FIGURA Nº 25**  
**MAPA PARLANTE COMUNA SAN ANTONIO**



FUENTE: Comuna San Antonio  
 ELABORADO POR: OSCAR CERÓN TATAC



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

- **CHARLAS EDUCATIVAS PREVENTIVAS**

Se realizaron diversas charlas educativas a pacientes en sala de espera, como las siguientes: **(Ver anexo N° 08)**

- Importancia del lavado de manos.
- Planificación familiar.
- Importancia de la vacunación en los niños menores de 5 años.
- Vacunación de Dt adulto, en mujeres embarazadas y en edad fértil.
- El buen aseo oral.
- Claves de una buena alimentación.
- Charla sobre dengue.
- Importancia de una buena alimentación.
- Charlas sobre las principales enfermedades estacionales y sus complicaciones.
- Charlas sobre principales signos de alarma en niños menores de 5 años.
- Charlas sobre la nutrición en enfermedades crónicas no transmisibles.

- **ATENCIÓN PRE-HOSPITALARIA**

La atención pre-hospitalaria se define como un servicio operacional y de coordinación para los problemas médicos urgentes y que comprende todos los servicios de salvamento, atención médica y transporte que se presta a enfermos o accidentados fuera del hospital y que constituye una prolongación del tratamiento de urgencias hospitalarias. La atención pre hospitalaria debe constituirse en un sistema integrado de servicios médicos de urgencias y no entenderse como un simple servicio de traslado de pacientes en ambulancias, atendidos con preparación mínima. (RED NACIONAL DE URGENCIAS, MINISTERIO DE SALUD, 1993)



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

**ATENCIÓN EN UNIDADES MÓVILES:** Las “Unidades Móviles de Salud” (UMS) forman parte de una estrategia de prestación puntual y ambulatoria de servicios de salud. Esta estrategia suele emplearse para llegar a poblaciones aisladas”. (MSP, 1995)

- **CARPAS DE ATENCIÓN MÉDICA EN FERIADOS**

Se programaron carpas de atención médica en diferentes lugares turísticos en días feriados como Montañita y Ayangue, en donde se cumplió con cada una de las horas asignadas. Aquí se realizaron hidrataciones, control de presión arterial, curación de heridas por picaduras de manta rayas y otras actividades de salud. **(Ver anexo N° 09)**

**CUADRO N° 30**  
**ATENCIONES EN FERIADOS**

FECHA	LUGAR	HORA	CARPAS ASIGNADAS
14 Octubre del 2012	Montañita 1	08:30 16:00	Feriado de Octubre
2 Noviembre del 2012	Montañita 1	09:00 16:00	Feriado de Noviembre
22 Diciembre del 2012	Montañita 1	10:00 18:00	Feriado de Navidad
31 de Enero del 2013	Montañita 2	08:00 16:00	Mundial de surf
9 Febrero del 2013	Montañita 1	08:00 16:00	Feriado de carnaval
29 Marzo del 2013	Montañita 1	08:00 18:00	Semana Santa
5 Abril del 2013	Montañita 2	08:00 18:00	Mundial de surf

**FUENTE:** Partes diarios de vacunación desde el 15 a 30 de abril del 2013

**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC

- **PROGRAMA DE CONTROL Y VIGILANCIA DE LA RABIA**

Los caninos conviven hoy en forma más íntima con el núcleo familiar en espacios cada vez más reducidos. Esto los coloca en una situación de hacinamiento que puede generar consecuencias nocivas para el mismo, sus propietarios u otros animales y personas.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

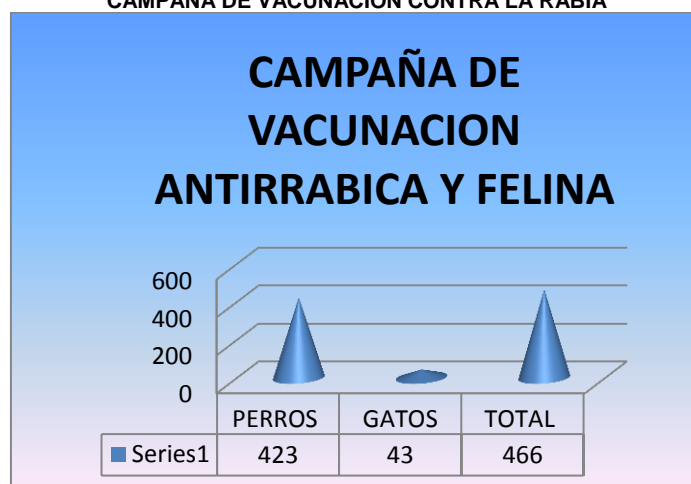
"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

Como primera medida de prevención se realizó la vacunación antirrábica de caninos y felinos en las comunidades asignadas, el personal que participó en esta campaña fueron la Licenciada en Enfermería, el Médico, la Odontóloga y la Obstetriz. **(Ver anexo N° 07)**

**OBJETIVO DEL PROGRAMA:**

Reducir la ocurrencia de casos de rabia humana.

**FIGURA N° 26**  
**CAMPAÑA DE VACUNACIÓN CONTRA LA RABIA**



**FUENTE:** Partes diarios de vacunación desde el 15 a 30 de abril del 2013

**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC

En esta gráfica se muestra que, durante la campaña antirrábica y felina, se vacunó a 423 perros y 43 gatos de las comunidades asignadas, como Libertador Bolívar, Sitio Nuevo, San Antonio, Cadeate y Rio Chico.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
Escuela de Trabajo Social  
Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

### **3.2.4.2. ENFOQUE DE ATENCIÓN DE GÉNERO Y GRUPOS DE ATENCIÓN PRIORITARIA**

#### **3.2.4.2.1 PROGRAMAS Y ACTIVIDADES IMPLEMENTADOS**

- **SALUD ESCOLAR**

Este campo de aplicación se refiere a las intervenciones de fomento de la salud de mejora de la calidad de vida y a la prevención de enfermedades en el ámbito escolar. Su población objetivo está constituida por los niños y niñas en edad escolar, esto es desde los 5 años que ingresan al primero de básica, hasta los 14 años que concluyen el décimo de básica.

Por lo que se ve, este período de vida abarca 9 años en los que niños y niñas comparten estudio, recreación y alimentación en algunos centros educativos, de allí la importancia de que sean espacios saludables que ofrezcan la posibilidad de promover un desarrollo integral, en el que se considere la interrelación de factores biológicos, psíquicos, sociales, culturales, etc.

#### **OBJETIVOS**

- Detectar en forma precoz, patologías en los niños en edad escolar y tratarlas oportunamente.
- Derivar aquellos niños con patologías que requieran atención médica.
- Determinar el estado nutricional de los niños que asisten a la escuela.
- Informar a las maestras y a los padres sobre las patologías detectadas.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

- Educar a padres y maestros sobre los signos de alarma de las enfermedades prevalentes.
- Valorar la prevención y promoción de la salud de la escuela.
- Administrar la vacuna Dt (anti diftérica) pediátrica a los alumnos de 1er año básico.
- Administrar SRP (anti sarampionosa) y Varicela a los estudiantes de 2do año básico.
- Administrar vacuna contra la Varicela a los alumnos de 6to año básico.
- Administrar 1ra y 2da dosis de la vacuna contra la Hepatitis B a los estudiantes de 7mo año básico.

La intervención se realiza en 3 escuelas, ubicadas dentro de la zona de influencia de la unidad operativa y con un total de 778 escolares atendidos. A continuación se presenta el censo escolar en cada una de ellas (**Ver anexo 02**):

**CUADRO Nº 31**  
**CENSO DE POBLACIÓN ESCOLAR (JULIO 2013)**

AÑO 2013		ÁREA Nº 4		UNIDAD OPERATIVA: SAN ANTONIO																	
Nº	ESCUELAS	F	P	PE	INICIAL	1	2	3	4	5	6	7	TOTAL								
					H	M	H	M	H	M	H	M		H	M	H	M				
1	VICENTE ROCAFUERTE (SAN ANTONIO)	X			15	16	21	25	28	18	21	13	19	14	15	13	21	24	20	16	299
2	FRANZ WARZAWAZ (CADEATE)	X			23	14	17	18	32	26	24	14	27	20	26	20	26	30	20	16	353
3	ELOY ALFARO (SITIO NUEVO)	X			9	11	9	10	8	9	9	7	6	4	5	4	12	7	13	3	126

**FUENTE:** Partes diarios profesional

**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

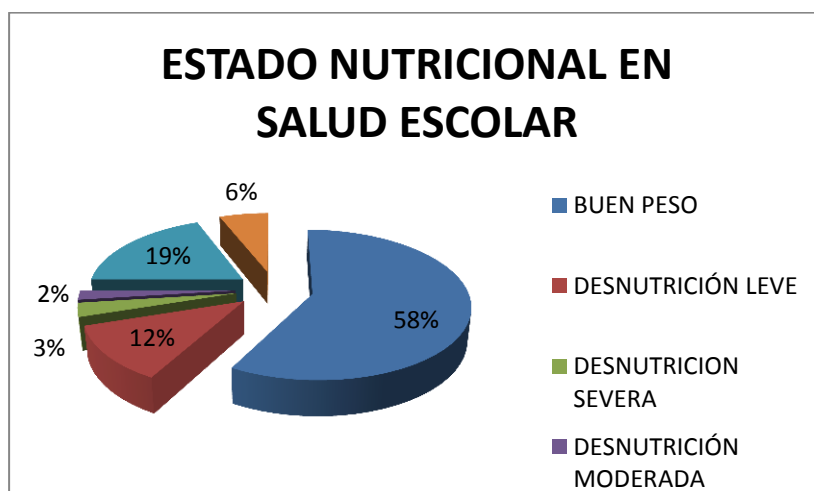
"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

El trabajo de salud escolar consiste en:

1. Chequeo médico
2. Medidas antropométricas
3. Desparasitación
4. Suplementación con vitaminas y minerales
5. Vacunación
6. Chequeo odontológico y rehabilitación oral

Dentro del chequeo médico, se puede observar un gran porcentaje de niños sanos, desnutriciones, enfermedades de piel, etc. Como se demuestra en los siguientes gráficos, el perfil epidemiológico en salud escolar en porcentajes:

**FIGURA Nº 27**  
**ESTADO NUTRICIONAL EN ESCOLARES. PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR PS SAN ANTONIO (JULIO 2013)**



**FUENTE:** Registro de atención salud escolar (basado en "Tabla de IMC según la OMS 2007")  
**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC

En cuanto a la desparasitación, se observa la siguiente tabla con el total de escolares desparasitados:





**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

**CUADRO Nº 32**  
**TOTAL ESCOLARES DESPARASITADOS POR ESCUELA EN COMUNIDADES ASIGNADAS A SCS SAN ANTONIO**

SEXO	TOTAL DESPARASITACIONES		
	SITIO NUEVO	SAN ANTONIO	CADEATE
<b>H</b>	53	159	143
<b>M</b>	35	136	127
<b>TOTAL</b>	88	295	270

**FUENTE:** Registro de atención salud escolar (basado en "Tabla de IMC según la OMS 2007")  
**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC

El total de escolares desparasitados es de 653 niños; lo que indica, que alrededor del 84% de la población escolar es intervenida, debido a la exclusión de niños menores de 3 años, niños ya desparasitados y ausentes, no se completa el 100%.

**FIGURA Nº 28**  
**TOTAL PORCENTUAL DE ESCOLARES INTERVENIDOS Y DESPARASITADOS EN PROGRAMA SALUD ESCOLAR, 2013. SCS SAN ANTONIO**



**FUENTE:** Registro de atención salud escolar (basado en "Tabla de IMC según la OMS 2007")  
**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC

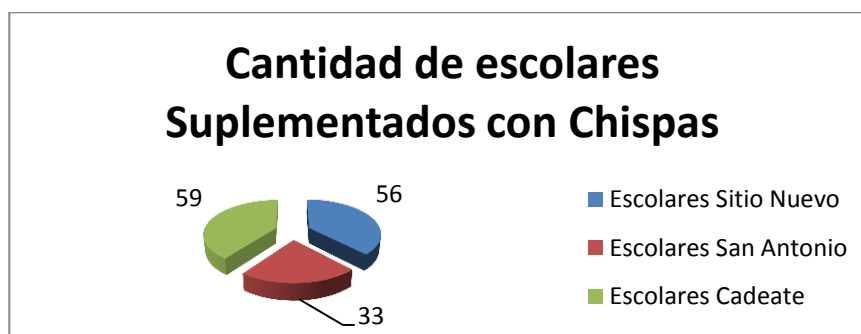


**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

En lo que respecta a la entrega de suplementos vitamínicos y minerales: se entregan las "Chispas", que son unas galletas nutricionales entregadas por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en razón de dos cajas (60 sobres) por escolar hasta los 6 años de edad. En total se suplementa a 148 niños con 8880 sobres de "Chispas".

**FIGURA N° 29**  
**CANTIDAD DE ESCOLARES SUPLEMENTADOS CON CHISPAS EN EL PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR, 2013.**



**FUENTE:** Registro de atención salud escolar (basado en "Tabla de IMC según la OMS 2007")  
**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC

La vacunación suministrada por la enfermera rural en el programa de salud escolar se detalla a continuación:

**CUADRO N° 33**  
**TOTAL VACUNAS DT PEDIÁTRICO EN SALUD ESCOLAR, 2013**

NIÑOS MATRICULADOS	NIÑOS DE 5 AÑOS	MESES	DT PEDIATRICO
100	146	JUNIO	146

**FUENTE:** Registro de atención salud escolar (basado en "Tabla de IMC según la OMS 2007")  
**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

El cuadro demuestra que durante el periodo analizado, se administró el 100% de vacuna Dt pediátrica a los niños de 5 años en los establecimientos educativos de las comunidades de San Antonino, Sitio Nuevo y Cadeate.

**CUADRO Nº 34**  
**PORCENTAJE DE NIÑOS DE 6 AÑOS VACUNADOS CON VARICELA Y SRP EN LOS DIFERENTES ESTABLECIMIENTOS ASIGNADOS DENTRO DEL PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR (JUNIO 2013)**

NIÑOS MATRICULADOS	NIÑOS DE 6 AÑOS	BIOLOGICOS	TOTAL
121	123	VARICELA	123
		SRP	123
		TOTAL	246

**FUENTE:** Concentrado mensual de inmunización del año 2013  
**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC

Este cuadro muestra que, durante el periodo analizado, se administraron 123 vacunas contra la varicela y SRP a los niños de 6 años, en los establecimientos educativos asignados de las comunidades de San Antonino, Sitio Nuevo y Cadeate.

**CUADRO Nº 35**  
**PORCENTAJE DE NIÑOS DE 10 AÑOS VACUNADOS CON VARICELA EN LOS DIFERENTES ESTABLECIMIENTOS ASIGNADOS EN EL PROGRAMA SALUD ESCOLAR (JUNIO 2013)**

NIÑOS MATRICULADOS	NIÑOS DE 10 AÑOS	MESES	VARICELA
120	90	JUNIO	90

**FUENTE:** Concentrado mensual de inmunización del año 2013  
**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC

El cuadro muestra que, durante el periodo analizado se administraron 90 vacunas contra la varicela a los niños de 10 años, en los establecimientos educativos asignados de las comunidades de San Antonino, Sitio Nuevo y Cadeate.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

**CUADRO N° 36**  
**PORCENTAJE DE NIÑOS DE 11 AÑOS VACUNADOS CON HB (HEPATITIS)**

NIÑOS MATRICULADOS	NIÑOS DE 11 AÑOS	MESES	HEPATITIS
		MAYO	88
88	93	JUNIO	5
		JULIO	93

**FUENTE:** Concentrado mensual de inmunización del año 2013

**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC

El cuadro muestra que durante el periodo analizado se administraron 93 vacunas de hepatitis a los niños de 11 años en los establecimientos educativos asignados de las comunidades de San Antonino, Sitio Nuevo y Cadeate. Considerando que solo son matriculados 88 estudiantes en séptimo de educación básica, encontrándose a niños de esta misma edad en otros cursos, los cuales fueron también vacunados.

- **ATENCIÓN A CENTROS INTEGRALES DEL BUEN VIVIR "CIBV"**

"El 85% de las capacidades cognitivas, sociales, emocionales, psicológicas de un ser humano, se desarrollan durante los primeros 5 años de vida y lo que se haga en ese tiempo garantiza ciudadanos con mejores capacidades hacia el futuro", con esta primicia el MIES cambia el vetusto modelo del INFA por estos centros, considerándolos el eslabón perdido de la educación integral.

Este proyecto tiene como principal objetivo la construcción de 1000 CIBVs hasta el año 2016 en todo el país. En estos centros el MIES atenderá a niños y niñas de 0 a 3 años, provenientes de familias en situación de pobreza, que requieren apoyo para el cuidado integral de los infantes. Se priorizará a los sectores más pobres de la población y a hijos e hijas de madres adolescentes, madres o padres cabeza de hogar, niños y niñas en situación de riesgo, o que no tienen un adulto responsable que se encargue de su cuidado. (Ver anexo N° 03)



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

Los CIBV emblemáticos responden a un modelo en el cual se integran desde los espacios físicos (infraestructura civil y arquitectónica) hasta las normas de calidad para el cuidado de las y los infantes. Atenderán cinco días por semana, en horarios de 6 a 8 horas diarias, a un grupo entre 60 y 100 niños y niñas por Centro, a cargo de una educadora por cada 10 niños y bajo la dirección de una parvularia profesional. Los servicios que ofrecen incluyen cuatro comidas al día (desayuno, refrigerio de media mañana, almuerzo y refrigerio de media tarde), así como un suplemento nutricional para prevenir la desnutrición y la anemia a quienes lo requieran.

Dentro del marco interinstitucional, el Ministerio de Salud Pública, apoya este programa del MIES mediante controles médicos, que básicamente, buscan detallar las principales morbilidades presentadas en estas dependencias, así como también, actuar de manera precisa y oportuna en la prevención, usando medidas antropométricas y valoración de estado nutricional de esta población.

En el siguiente cuadro se observa la cantidad de niños manejados en cada CIBV:

**CUADRO N° 37**  
**TOTAL POBLACIÓN INFANTIL EN CIBVS ASIGNADOS AL PS SAN ANTONIO Y MESES DONDE SE REALIZÓ LA ATENCIÓN**

NOMBRE DEL CIBV O CNN	SECTOR BARRIO O COMUNA	# NIÑOS		EDAD	TOTAL ATENDIDOS	FECHA DE ATENCIÓN
		M	F			
VIRGEN DE FATIMA	SITIO NUEVO	21	19	2-3-4	40	SEP/DIC/ABR/AG
CARITAS ALEGRES	LIBERTADOR BOLIVAR	37	33	2-3-4	70	SEP/DIC/ABR/AG
LOS AMIGUITOS	CADEATE	26	24	2-3-4	50	SEP/DIC/ABRIL/AG
MIS PRIMEROS PASITOS	SAN ANTONIO	23	27	2-3-4	50	SEP/DIC/ABRIL/AG
MI PEQUEÑO RINCON	RIO CHICO	16	14	2-3-4	30	NOV

**FUENTE:** Registro de controles médicos en los CIBV septiembre 2012- agosto 2013  
**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC

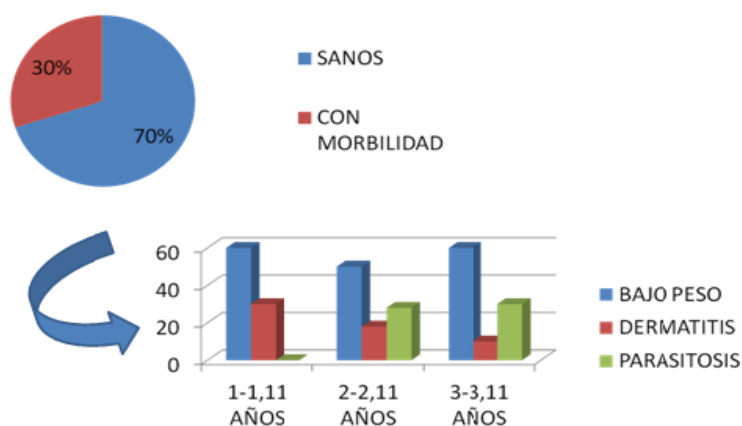


**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

Se puede observar que el CIBV de la comuna Río Chico solo presentó un control debido a que sus instalaciones fueron cerradas por la entidad rectora (MIES).

**FIGURA N° 30**  
**PRINCIPALES MORBILIDADES DE CIBVS ASIGNADOS AL PS SAN ANTONIO DURANTE EL AÑO RURAL.**



**FUENTE:** Registro de controles médicos en los CIBV septiembre 2012- agosto 2013  
**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC

En la atención a los CIBVs, se puede notar un 70% de niños sanos y un 30% con morbilidad; dentro de las morbilidades se tienen: Bajo peso, dermatitis y parasitosis, que según en los rangos etarios desvarían los porcentajes entre ellos. La ausencia de otro tipo de patologías obedece a la orden de no permitir niños enfermos en los centros y que éstos sean referidos a la unidad operativa, evitando así contagios y brotes epidemiológicos por el hacinamiento.

- **PROGRAMA INTEGRADO DE MICRONUTRIENTES (PIM)**

Los programas de nutrición del Ministerio de Salud Pública, se han implementado con sistemas de información individuales, los cuales no permitían efectuar un análisis integral del estado nutricional.



## PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

Escuela de Trabajo Social

Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

### **OBJETIVO:**

Contribuir a la reducción y prevención de los problemas nutricionales causados por las deficiencias de micronutrientes (hierro, zinc, vitamina A, ácido fólico), en la población Ecuatoriana de mayor riesgo social y biológico. Para el cumplimiento de sus objetivos el Programa Integrado de Micronutrientes tiene los siguientes componentes:

**SUPLEMENTACIÓN:** A través de tabletas de hierro y ácido fólico para embarazadas; jarabe con hierro para menores de un año, y cápsulas de vitamina A para niños de 6 a 36 meses.

**FORTIFICACIÓN:** En el país se fortifica la sal con yodo desde 1968, se añade también flúor desde 1946, las harinas de trigo usadas en panificación y fabricación de derivados se enriquecen desde 1996, con hierro ácido fólico y más vitaminas de complejo B.

**DIVERSIFICACIÓN DE LA DIETA:** Es un componente que contribuye a la promoción de una dieta saludable, a través de información, educación y comunicación.

### **GRUPOS BENEFICIARIOS DE HIERRO:**

**EMBARAZADAS:** Desde la primera consulta y en cualquier momento del embarazo, se les entrega 10 tabletas mensuales, una tableta por toma, miércoles y domingo.

### **GRUPOS BENEFICIARIOS DE VITAMINA A:**

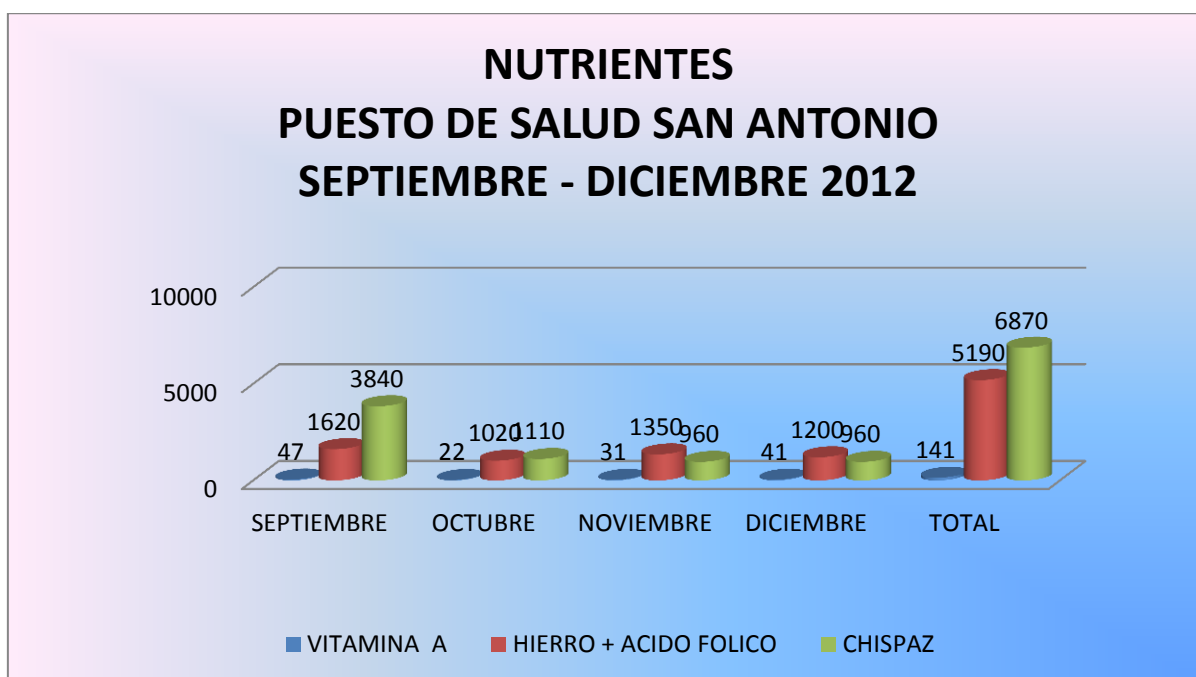
- 100.000 UI a niños de 6 a 12 meses, independiente de su estado nutricional.
- 200.000 UI a niños de 12 a 36 meses con bajo peso.
- 100.000 UI a niños de 12 a 36 meses con peso normal.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

**FIGURA Nº 31**  
**NUTRIENTES ENTREGADOS PS SAN ANTONIO (2012)**



**FUENTE:** Recetas desde Septiembre – Diciembre del 2012  
**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC

Se observa que, de los nutrientes en polvo “Chispas”, se entregaron un total de 6870 unidades; hierro más ácido fólico se entregaron 5190 unidades a las mujeres embarazadas y a mujeres en periodo de lactancia; 141 cápsulas de vitamina A se entregaron a los niños de 6 a 36 meses de edad, todo esto, en la unidad operativa en los meses de septiembre a diciembre del 2012.

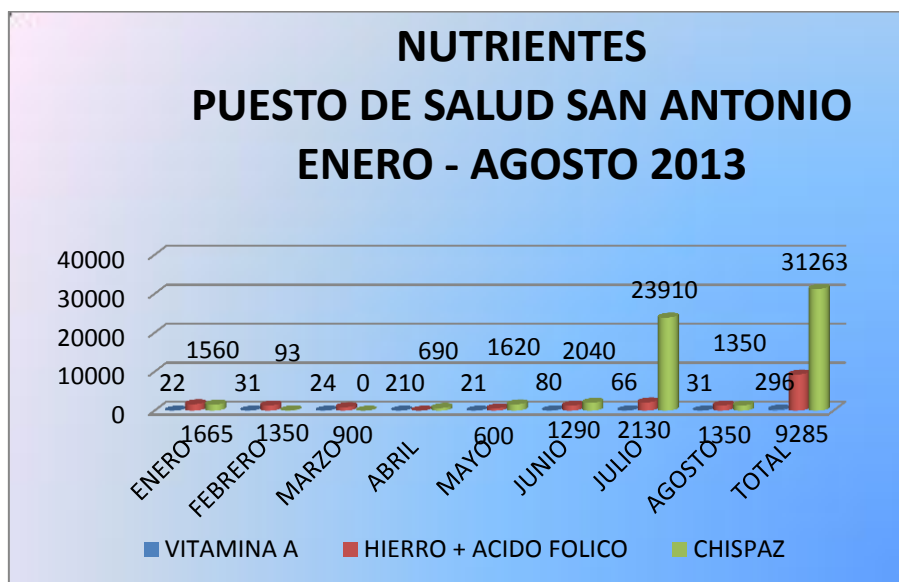




**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

**FIGURA Nº 32**  
**NUTRIENTES QUE SE ENTREGARON EN LA UNIDAD OPERATIVA DESDE ENERO HASTA AGOSTO DEL 2013**



**FUENTE:** Recetas desde Enero – Agosto del 2013  
**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC

Los nutrientes entregados fueron:

- 1.- Chispas:** A niños hasta 6 años suplementos con nutrientes en polvo un total de 31263 unidades.
- 2. Hierro + Ácido fólico:** A mujeres embarazadas y mujeres en periodo de lactancia, que acuden a la unidad operativa en un total de 9285 unidades.
- 3. Vitamina A:** A niños de 6 a 36 meses de edad que acuden a la unidad operativa en un total de 296 unidades.

- **PROGRAMA NACIONAL DE TAMIZAJE NEONATAL**

Ecuador es uno de los países pioneros en la detección oportuna de enfermedades que pueden causar discapacidad. Bajo el slogan "*Con pie derecho, la huella del futuro*", el proyecto impulsado por la Vicepresidencia de la República y el Ministerio de Salud Pública, desde diciembre del 2011 se ha convertido en la primera política pública nacional para la prevención de las discapacidades en Ecuador.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

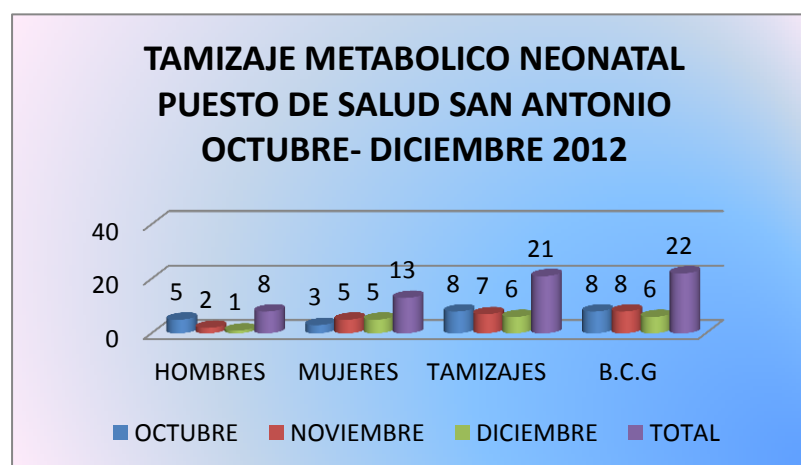
Este programa se implementó en la unidad operativa en octubre del 2012, llevado a cabo por la Lcda. Janneth Salinas y el Dr. Ronal Vera. El programa consiste en realizar una prueba a niñas y niños, a través de muestras que se obtienen del talón, efectuadas al cuarto día de nacidos los niños. Estas pruebas permitirán el diagnóstico temprano de cuatro errores del metabolismo de los recién nacidos: hipotiroidismo congénito, fenilcetonuria, galactosemia e hiperplasia suprarrenal congénita. La prueba es completamente gratuita. **(Ver anexo N° 04)**

**CUADRO N° 38**  
**TAMIZAJE METABOLICO NEONATAL 2012**

MES	HOMBRES	MUJERES	TAMIZAJES	B.C.G
OCTUBRE	5	3	8	8
NOVIEMBRE	2	5	7	8
DICIEMBRE	1	5	6	6
TOTAL	8	13	21	22

**FUENTE:** Partes diarios de Tamizaje Neonatal desde Octubre – Diciembre 2012  
**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC

**FIGURA N° 33**  
**TMN REALIZADOS (2012)**



**FUENTE:** Partes diarios de Tamizaje Neonatal desde Octubre – Diciembre 2012  
**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

Se observa que en los meses de Octubre a Diciembre del 2012, se realizaron 21 Tamizajes Neonatales, de los cuales 8 son hombres y 13 mujeres con relación a las BCG administradas un total de 22 este mismo que no concuerda con los tamizados porque a veces son aplicadas en el Hospital de Manglaralto.

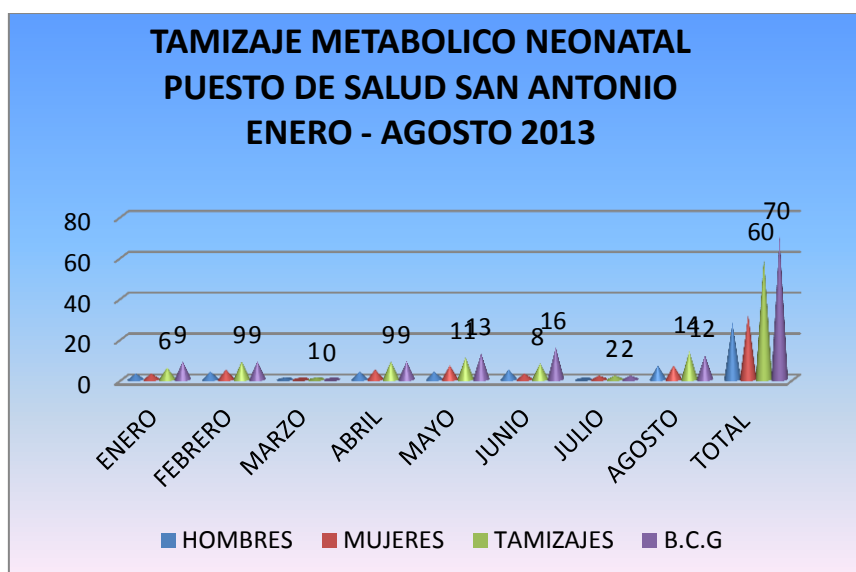
**CUADRO N° 39**  
**TAMIZAJE METABOLICO NEONATAL2013**

MESES	HOMBRES	MUJERES	TAMIZAJES	B.C.G
ENERO	3	3	6	9
FEBRERO	4	5	9	9
MARZO	1	0	1	0
ABRIL	4	5	9	9
MAYO	4	7	11	13
JUNIO	5	3	8	16
JULIO	0	2	2	2
AGOSTO	7	7	14	12
TOTAL	28	32	60	70

**Fuente:** Partes diarios de Tamizaje Neonatal desde Enero – Agosto del 2013

**Elaborado:** OSCAR CERÓN TATAC

**FIGURA N° 34**  
**TMN REALIZADOS PS SAN ANTONIO 2013**



**FUENTE:** Partes diarios de Tamizaje Neonatal desde Enero – Agosto del 2013

**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC



## PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

Escuela de Trabajo Social

Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

Se observa en el cuadro y tabla anteriores, que desde Enero hasta Agosto del 2013, se realizaron 60 Tamizajes Neonatales, a 28 hombres y 32 mujeres a quienes se le realizaron las muestras; con relación a las BCG administradas con un total de 70 dosis aplicadas, de las cuales fueron aplicadas en el vacunatorio del hospital de Manglaralto o del hospital Liborio Panchana, ya que este tiene como norma aplicar este biológico a todo recién nacido antes de su alta hospitalaria, razón por la cual no concuerdan los tamizajes con la BCG.

- **PROGRAMA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES (ECNT)**

Las enfermedades crónicas no trasmisibles (ECNT), representan un problema de salud pública, evitable si se trabaja de manera multisectorial en promoción de la salud y prevención de la enfermedad y de estas estar presentes, deberán ser diagnosticadas y tratadas oportunamente, bajo el mandato constitucional, las leyes conexas de la salud; tomando en cuenta el Plan Estratégico Nacional para la Prevención y Control de las ECNT del Ecuador y su Plan de acción, en donde la elaboración de normas y protocolos para la Atención de las ECNT, se encuentra enunciadas como una actividad más, en la línea de acción para el manejo de los servicios de salud.(MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR, 2012)

La hipertensión y la diabetes, se encuentran entre las diez principales causas de morbilidad relacionada directamente con factores de riesgo modificables como son: problemas de sobrepeso, sedentarismo, inadecuada alimentación, alcoholismo y tabaquismo. Por otra parte las complicaciones que conllevan un tratamiento inadecuado o la falta de diagnóstico y tratamiento oportunos traen como consecuencia la ceguera, amputaciones, insuficiencia renal entre otras.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

Las principales armas para combatir las Enfermedades Crónicas no transmisibles son la prevención a las personas en riesgo, el control eficaz de las personas que padecen estas enfermedades con la colaboración de los familiares y la participación de la comunidad. Por ello se han planteado estrategias que permitirán el control integral de estos problemas:

- Educación en promoción de estilos de vida saludables a la población general y a los pacientes a través de los grupos de apoyo (Clubes de pacientes diabéticos hipertensos).
- Capacitación a profesionales del primer nivel de atención. Se han capacitado a profesionales médicos y enfermeras de todas las Áreas de Salud sobre la Guía de Diagnóstico y Tratamiento de las Principales Enfermedades Crónicas No Transmisibles y sus Factores de Riesgo.
- Dotación de insumos (glucómetros, tirillas reactivas para glicemias, banners, afiches, éste último elaborado por la provincia), medicamentos básicos para hipertensión arterial y diabetes mellitus.



## PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

Escuela de Trabajo Social

Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

**CUADRO Nº 40**  
**PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES ATENDIDOS DURANTE EL AÑO DE**  
**MEDICINA RURAL, CASOS NUEVOS Y CASOS SUBSECUENTES**

COMUNIDAD	SEPTIEMBRE						TOTALES
	HT		DM		DL		
	N	C	N	C	N	C	
SAN ANTONIO		2		2			
LIBERTADOR BOLIVAR		2				1	
CADEATE		1		1			
SITIO NUEVO							
RIO CHICO							
<b>TOTAL</b>		<b>5</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>1</b>		<b>9</b>

COMUNIDAD	OCTUBRE						TOTALES
	HT		DM		DL		
	N	C	N	C	N	C	
SAN ANTONIO	1	3		6		1	
LIBERTADOR BOLIVAR	2	2		3			
CADEATE		2		2		1	
SITIO NUEVO		1					
RIO CHICO				1			
<b>TOTAL</b>		<b>7</b>	<b>0</b>	<b>12</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>21</b>

COMUNIDAD	NOVIEMBRE						TOTALES
	HT		DM		DL		
	N	C	N	C	N	C	
SAN ANTONIO		4		5	1	2	
LIBERTADOR BOLIVAR	1	3		2		1	
CADEATE		5	1	2		1	
SITIO NUEVO							
RIO CHICO							
<b>TOTAL</b>		<b>12</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>27</b>

COMUNIDAD	DICIEMBRE						TOTALES
	HT		DM		DL		
	N	C	N	C	N	C	
SAN ANTONIO	1	3		6		1	
LIBERTADOR BOLIVAR		6		3	2	1	
CADEATE	1	4		1			
SITIO NUEVO		1			2		
RIO CHICO				1			
<b>TOTAL</b>		<b>14</b>	<b>0</b>	<b>11</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>31</b>

COMUNIDAD	ENERO						TOTALES
	HT		DM		DL		
	N	C	N	C	N	C	
SAN ANTONIO		2	1	1			
LIBERTADOR BOLIVAR	1	7			2		
CADEATE		6		1			
SITIO NUEVO							
RIO CHICO							
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>15</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>21</b>

COMUNIDAD	FEBRERO						TOTALES
	HT		DM		DL		
	N	C	N	C	N	C	
SAN ANTONIO		5		2	2		
LIBERTADOR BOLIVAR	1	4			1		
CADEATE		3		1			
SITIO NUEVO		1			1		
RIO CHICO							
<b>TOTAL</b>		<b>13</b>		<b>3</b>	<b>3</b>		<b>20</b>

FUENTE: Partes diarios profesional

ELABORADO POR: OSCAR CERÓN TATAC



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

**CUADRO Nº 41**  
**CASOS NUEVOS Y SUBSECUENTES DE ECNT PS SAN ANTONIO**

COMUNIDAD	MARZO						TOTALES
	HT		DM		DL		
	N	C	N	C	N	C	
SAN ANTONIO		2				1	3
LIBERTADOR BOLIVAR		3		1			4
CADEATE					1		1
SITIO NUEVO				1			0
RIO CHICO							0
<b>TOTAL</b>		<b>5</b>		<b>2</b>	<b>2</b>		<b>9</b>

COMUNIDAD	MAYO						TOTALES
	HT		DM		DL		
	N	C	N	C	N	C	
SAN ANTONIO	1	2	1	2			
LIBERTADOR BOLIVAR					1		
CADEATE	1	1					
SITIO NUEVO							
RIO CHICO							
<b>TOTAL</b>		<b>3</b>	<b>1</b>	<b>3</b>			<b>7</b>

COMUNIDAD	JULIO						TOTALES
	HT		DM		DL		
	N	C	N	C	N	C	
SAN ANTONIO		3		5	1	3	
LIBERTADOR BOLIVAR	1	1		2			
CADEATE		3	1	2		1	
SITIO NUEVO							
RIO CHICO							
<b>TOTAL</b>		<b>7</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>22</b>

COMUNIDAD	ABRIL						TOTALES
	HT		DM		DL		
	N	C	N	C	N	C	
SAN ANTONIO		5		2			
LIBERTADOR BOLIVAR		4	1	2			
CADEATE		4					
SITIO NUEVO		1					
RIO CHICO							
<b>TOTAL</b>		<b>14</b>	<b>1</b>	<b>4</b>			<b>19</b>

COMUNIDAD	JUNIO						TOTALES
	HT		DM		DL		
	N	C	N	C	N	C	
SAN ANTONIO				5		1	
LIBERTADOR BOLIVAR		1		5	2		
CADEATE		2		1			
SITIO NUEVO					1		
RIO CHICO							
<b>TOTAL</b>		<b>3</b>		<b>11</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>18</b>

FUENTE: Partes diarios profesional  
 ELABORADO POR: OSCAR CERÓN TATAC

- **PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES**

El programa Ampliado de Inmunizaciones es el resultado de una acción conjunta de los países de la Región y de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2007)

Tiene como pilares básicos para su acción los siguientes componentes: organización y coordinación, programación, capacitación, red de frío, ejecución y vigilancia epidemiológica. Cuya finalidad es lograr el 100% de las coberturas de vacunación, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por las enfermedades inmunoprevenibles.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
Escuela de Trabajo Social  
Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

Tiene como misión asegurar la inmunización universal y equitativa de la población objeto del programa usando vacunas de calidad, gratuitas, que satisfagan al usuario, basada en una gerencia y vigilancia epidemiológica efectiva y eficiente en todos los niveles, que involucre a los diversos actores del Sistema Nacional de Salud.

En cuanto a su visión es la de lograr el control, eliminación y/o erradicación de las enfermedades prevenibles por vacunación a través de una Vigilancia Epidemiológica efectiva, oportuna, con vacunación de calidad, gratuita, equitativa y universal. Logrando introducir vacunas de probado costo beneficio y costo efectividad. Con talento humano altamente calificado y desarrollado en todas las esferas.

Su objetivo general es disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad de las enfermedades prevenibles por vacunación (EPV) en la población objeto.

Este programa se implementó y fue llevado a cabo por la Lcda. Janneth Salinas con la colaboración del Dr. Ronal Vera en el puesto de salud San Antonio. Al inicio de este programa se comprobó que los niños menores de 5 años no cumplían con el esquema de vacunación, entre las causas del porqué, se presenta el incumplimiento en la aplicación de las mismas en la población, el no contar con un vacunatorio desde que se inició la unidad operativa, el bajo conocimiento que tienen los padres y cuidadores de los niños acerca de las vacunas, además, la irresponsabilidad de no llevar al niño en la fecha correspondiente a la próxima vacuna.

Durante el periodo de ejecución de este programa, en la unidad operativa se realizaron múltiples actividades para disminuir la deserción y abandono de vacunas, siendo un problema relevante a nivel primario de salud por el desconocimiento y la falta de conciencia que tienen las personas respecto a la





**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
Escuela de Trabajo Social  
Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

importancia de inmunizarse contra enfermedades prevenibles por vacunación, las cuales ha implementado el Ministerio de Salud Pública a través del Plan de Alimentación Integral de manera gratuita.

Es por eso que el cumplimiento a cabalidad del Esquema Nacional de Vacunación, exige del equipo de salud y particularmente de la enfermera, ofrecer retroalimentación permanente a madres embarazadas o con niños menores de cinco años, la explicación sobre las vacunas, su importancia, dosis, edad de aplicación, enfermedades que protege, beneficios, etc.

Se llevó a cabalidad la vacunación de esquema regular, y para mejorar las coberturas de la unidad operativa se retornó a las diferentes comunidades con el fin de realizar un “barrido” a los niños quienes no completaban el esquema de vacunas. **(Ver anexo N° 05)**

A continuación se muestran las coberturas alcanzadas durante el periodo evaluado:

**CUADRO N° 42**  
**COBERTURAS DE VACUNACIÓN POR GRUPOS ETARIOS**

GRUPO ETARIO											
POBLACION TOTAL	MENORES DE 1 AÑO	12 - 24 MESES	1 -4 AÑOS	2 - 4 AÑOS	5 - 9 AÑOS	10- 14 AÑOS	15 - 19 AÑOS	20 - 64 AÑOS	65 A MAS AÑOS	EMBARAZADAS	MEF
5810	207	150	230	350	600	700	560	730	818	260	1205

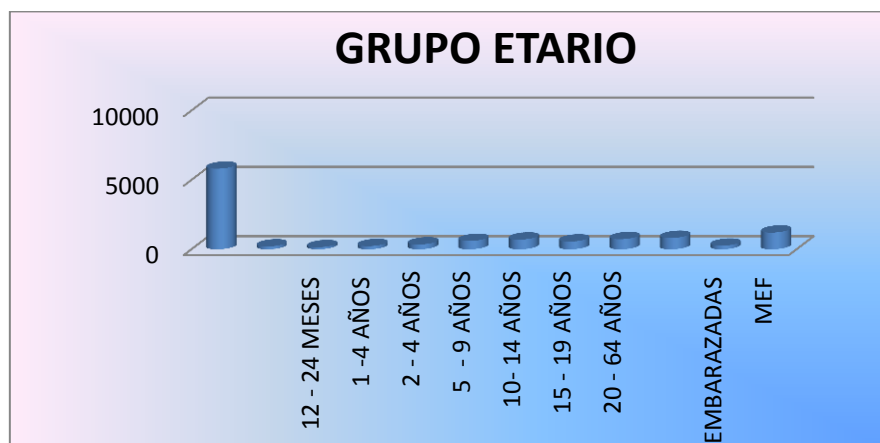
**FUENTE:** Partes diarios profesional  
**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

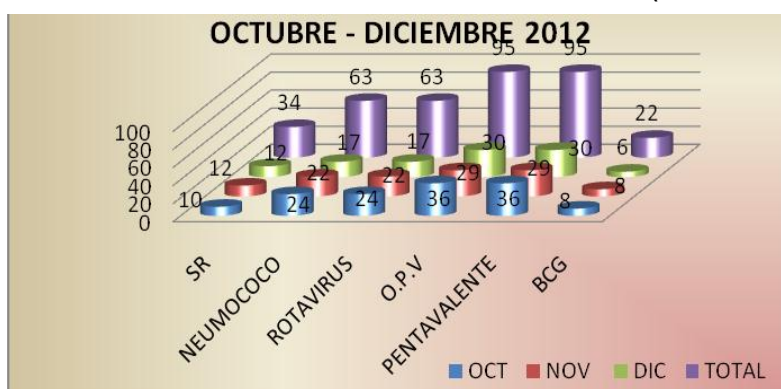
**FIGURA Nº 35**  
**GRUPO ETARIO, POBLACIÓN SAN ANTONIO**



**FUENTE:** Partes diarios profesional

**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC

**FIGURA Nº 36**  
**INMUNIZACION DE ESQUEMA REGULAR OCTUBRE - DICIEMBRE 2012 (MENORES DE 1 AÑO)**



**FUENTE:** Consolidado Mensual de Inmunización desde Octubre – Diciembre 2012

**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC

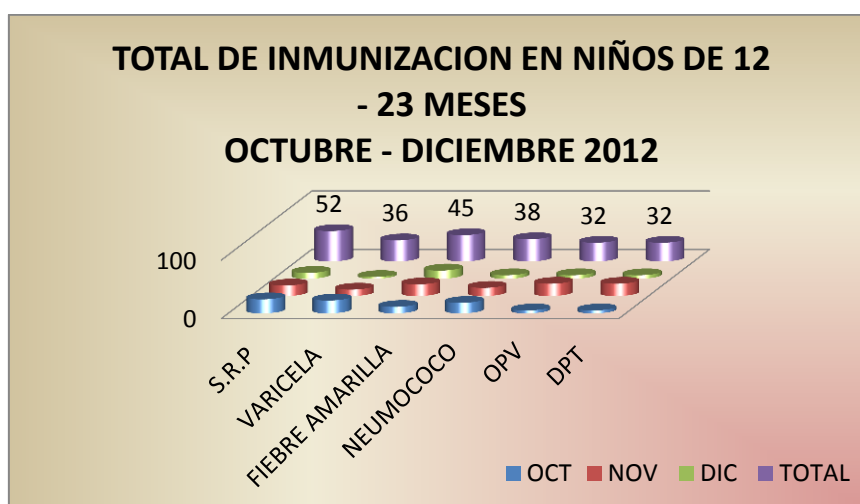
Como se puede observar, en el cuadro estadístico durante los meses de octubre a diciembre del 2012 se inmunizaron a niños menores de un año con primera, segunda y tercera dosis de Pentavalente y OPV con un total de 95 dosis, seguido de Rotavirus y Neumococo primera y segunda dosis un total de 63, SRP un total de 34 niños inmunizados y por último con BCG a 22 niños menores de 28 días y niños de 28 a 364 días de nacidos.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

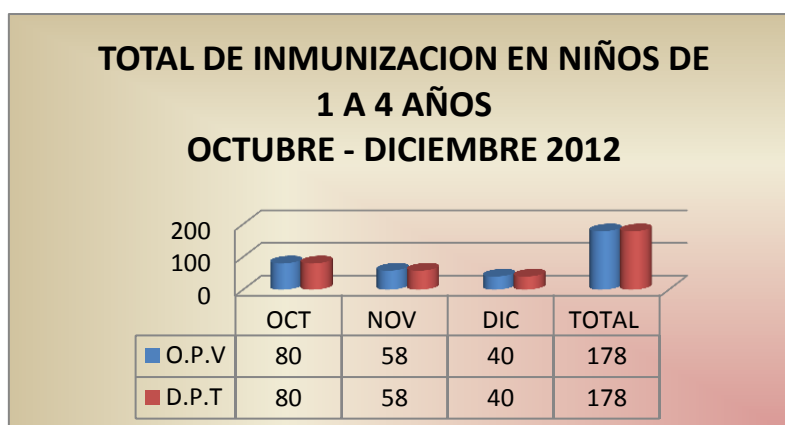
**FIGURA Nº 37**  
**INMUNIZACION**



**FUENTE:** Consolidado Mensual de Inmunización desde Octubre – Diciembre 2012  
**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC

El gráfico anterior demuestra que se pudo inmunizar con la vacuna de SRPa niños de 12 a 23 meses un total 52 dosis, Fiebre Amarilla con 45 dosis, Neumococo con 38 dosis, Varicela con 36 dosis, OPV y DPT un total de 32 dosis a niños de 12 a 23 meses.

**FIGURA Nº 38**  
**INMUNIZACION EN NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS OCTUBRE – DICIEMBRE 2012**



**FUENTE:** Consolidado Mensual de Inmunización desde Octubre – Diciembre 2012  
**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC

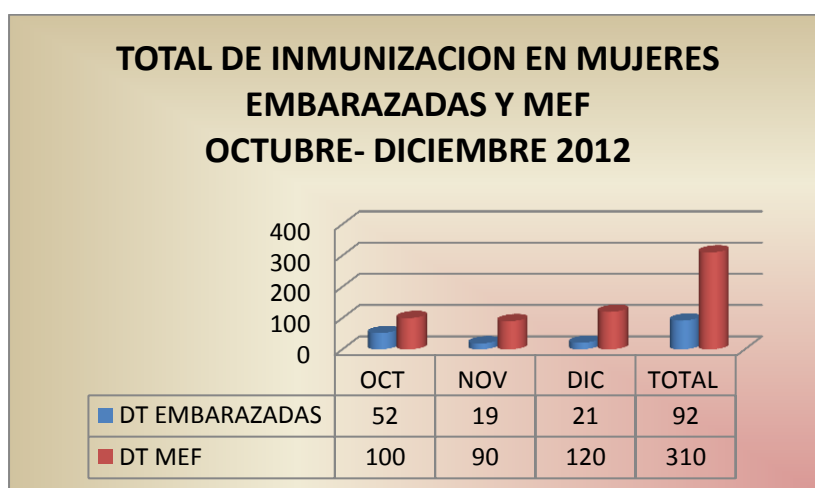


**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

Mediante este gráfico, se puede demostrar que la administración de OPV y DPT en niños de 1 a 4 años iniciando desde la primera, segunda, tercera y cuarta dosis el cual se administró 178 dosis, encontrando a niños que solo se habían aplicados solo BCG o la primera o segunda dosis de pentavalente y OPV.

**FIGURA N° 39**  
**INMUNIZACION**



**FUENTE:** Consolidado Mensual de Inmunización desde Octubre – Diciembre 2012  
**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC

Mediante este gráfico, se puede demostrar que en las mujeres embarazadas se administra un total de 92 dosis contando desde la primera, segunda dosis de la vacuna Dta, a diferencia de las mujeres en edad fértil, con un 310 iniciando desde la primera, segunda, tercera dosis desde octubre a diciembre del 2012.

- **CAMPAÑA DE VACUNACION CONTRA LA INFLUENZA**

Se realizó la campaña de influenza quienes estaban en población objeto eran los niños de 6 meses hasta los 4 años y 29 días, embarazadas, adultos mayores y enfermos crónicos. En estas campañas se tuvo asignadas las comunidades de San Antonio y Cadeate.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

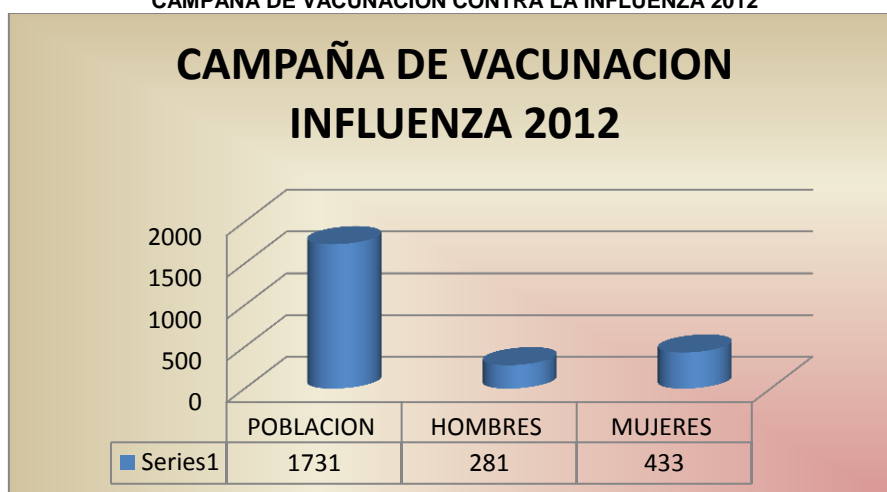
"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

**CUADRO Nº 43**  
**POBLACIÓN VACUNADA CONTRA LA INFLUENZA NOVIEMBRE 2012**

POBLACION	6 -11 MESES	12 - 23 MESES	24 -35 MESES	3 - 4 AÑOS	18 - 23 AÑOS	55- 64 AÑOS	65 - 74 AÑOS	75 AÑOS Y MAS	EMBARAZADAS > 18 AÑOS	TOTAL
1731	98	129	135	250	149	79	60	80	20	1000

**FUENTE:** Partes diarios de influenza desde Noviembre – Diciembre 2012  
**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC

**FIGURA Nº 40**  
**CAMPAÑA DE VACUNACIÓN CONTRA LA INFLUENZA 2012**



**FUENTE:** Partes diarios de influenza desde Noviembre – Diciembre 2012  
**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC

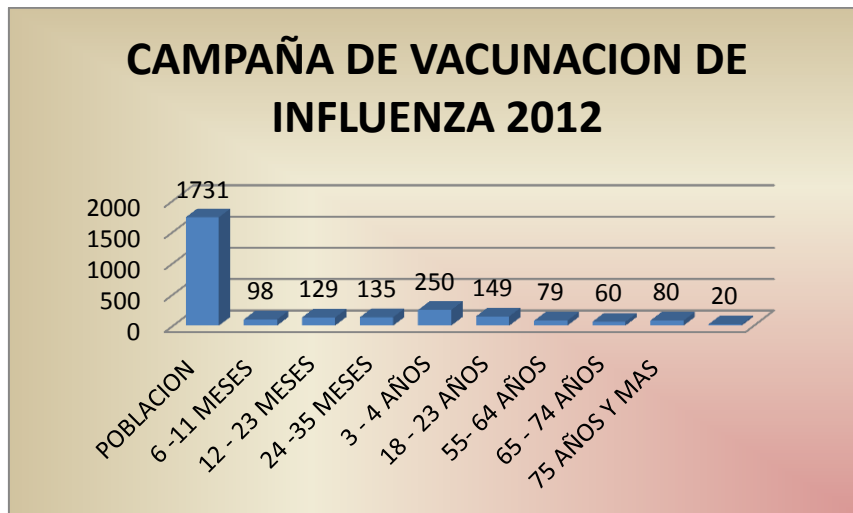
Se muestra el total de inmunizados contra la influenza. Se vacunó a 433 mujeres y a 281 hombres. El personal del vacunatorio del Hospital de Manglaralto visitó la comunidad de Cadeate, encontrándose que la población ya estaba vacunada, solo realice barrido de esta comunidad.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

**FIGURA Nº 41**  
**CAMPAÑA DE VACUNACION CONTRA LA INFLUENZA NOVIEMBRE 2012**

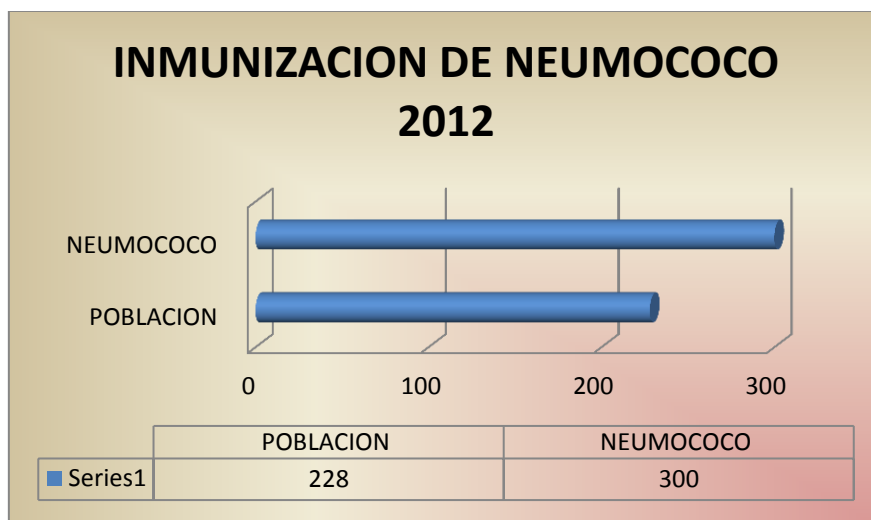


**FUENTE:** Partes diarios de influenza desde Noviembre – Diciembre 2012

**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC

En el gráfico anterior, se muestra el total alcanzado en la vacunación contra la influenza, alcanzando un total de 1000 personas inmunizadas en la campaña.

**FIGURA Nº 42**  
**CAMPAÑA DE VACUNACION CONTRA LA INFLUENZA NOVIEMBRE 2012**



**FUENTE:** Partes diarios de influenza desde Noviembre – Diciembre 2012

**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

Se muestra el total de personas inmunizadas con la vacuna neumococo, en un total de 300 personas adultos mayores y enfermos crónicos, aquí se trabajó conjuntamente con la campaña de influenza

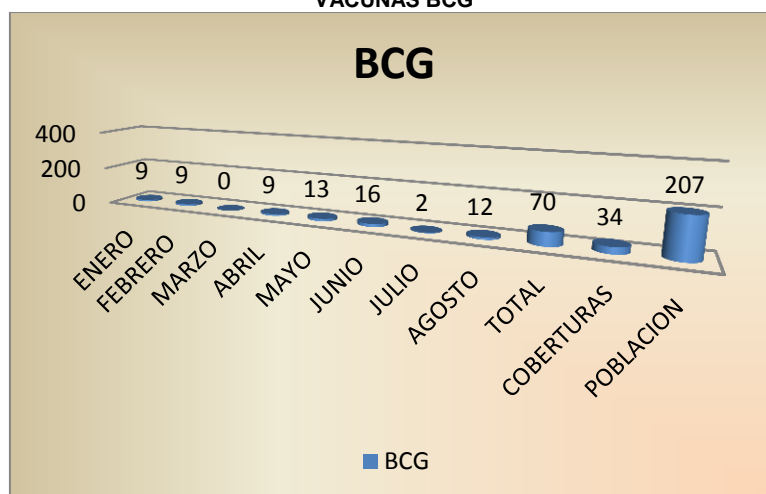
**CUADRO Nº 44**  
**PORCENTAJE DE INMUNIZACION DE BCG - PUESTO DE SALUD SAN ANTONIO**  
**ENERO HASTA AGOSTO 2013**

BIOLOGICO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	TOTAL	COBERTURAS	POBLACION
BCG	9	9	0	9	13	16	2	12	70	34	207

**FUENTE:** Partes diarios de influenza desde Noviembre – Diciembre 2012

**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC

**FIGURA Nº 43**  
**VACUNAS BCG**



**FUENTE:** Consolidado Mensual de Inmunización desde Enero – Agosto del 2013

**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC

Como se puede observar en el cuadro estadístico, durante el periodo evaluado se pudo alcanzar una cobertura de BCG en un 34% a niños menores de 28 días y niños de 28 a 364 días de nacidos.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

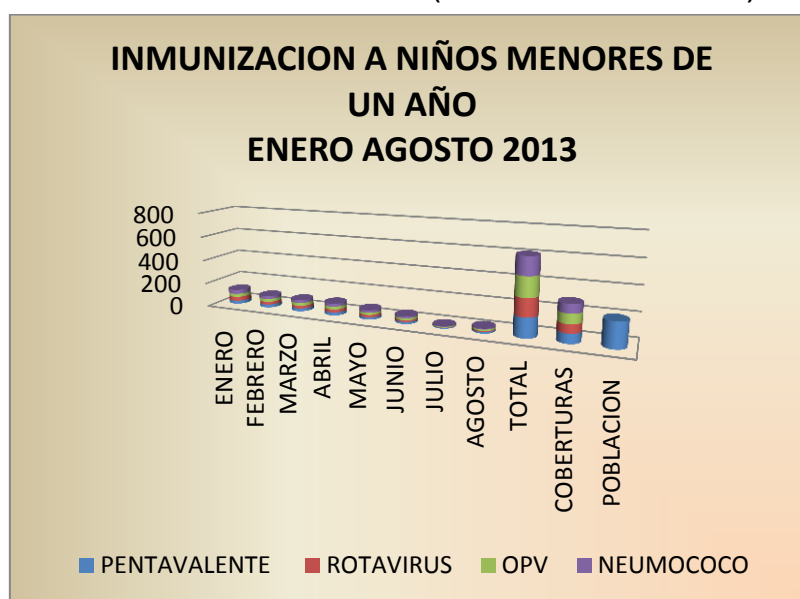
**CUADRO Nº 45**  
**PORCENTAJE DE INMUNIZACION EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO**  
**PUESTO DE SALUD SAN ANTONIO ENERO HASTA AGOSTO 2013**

BIOLOGICOS	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	TOTAL	COBERTURAS	POBLACION
PENTAVALENTE	27	26	25	26	20	18	7	13	162	78	207
ROTAVIRUS	35	24	23	24	19	13	2	7	147	71	
OPV	27	26	25	26	20	18	7	13	162	78	
NEUMOCOCO	35	24	23	24	19	13	2	7	147	71	

**FUENTE:** Consolidado Mensual de Inmunización desde Enero – Agosto del 2013

**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC

**FIGURA Nº 44**  
**PORCENTAJE DE INMUNIZACION EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO**  
**PUESTO DE SALUD SAN ANTONIO (ENERO HASTA AGOSTO 2013)**



**FUENTE:** Consolidado Mensual de Inmunización desde Enero – Agosto del 2013

**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC

Como se puede observar en el cuadro estadístico, durante el periodo evaluado se llegó a alcanzar un 78% de los biológicos Pentavalentes y OPV a los niños menores de 1 año, con un 71 % a niños inmunizados con Rotavirus y Neumococo, recalcando que hay madres que llevan a su niños a vacunar al Hospital de Manglaralto.





**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

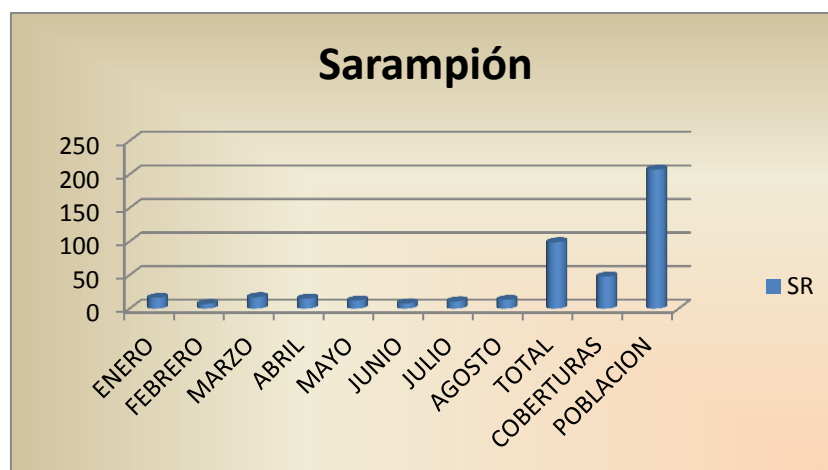
**CUADRO Nº 46**  
**PORCENTAJE DE INMUNIZACION EN NIÑOS 6 A 11 MESES**  
**PUESTO DE SALUD SAN ANTONIO ENERO HASTA AGOSTO DEL 2013**

BIOLOGICO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	TOTAL	COBERTURAS	POBLACION
SR	16	7	17	15	12	8	11	13	99	48	207

**FUENTE:** Consolidado Mensual de Inmunización desde Enero – Agosto del 2013

**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC

**FIGURA Nº 45**  
**PORCENTAJE DE INMUNIZACION EN NIÑOS 6 A 11 MESES**  
**PUESTO DE SALUD SAN ANTONIO ENERO HASTA AGOSTO DEL 2013**



**FUENTE:** Consolidado Mensual de Inmunización desde Enero – Agosto del 2013

**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC

Como se puede observar en el gráfico estadístico, durante el periodo en estudio, se llegó a alcanzar un 48% de inmunización de Sarampión entre los niños-as de 6 -12 meses, recalando que hay niños que son inmunizados en el vacunatorio del Hospital Manglaralto ya que este biológico por ser multidosis, su apertura es martes y jueves.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

**CUADRO Nº 47**

**PORCENTAJE DE INMUNIZACION DE SRP, FIEBRE AMARILLA, VARICELA Y NEUMOCOCO EN NIÑOS DE 12 A 23 MESES DE ENERO HASTA AGOSTO 2013**

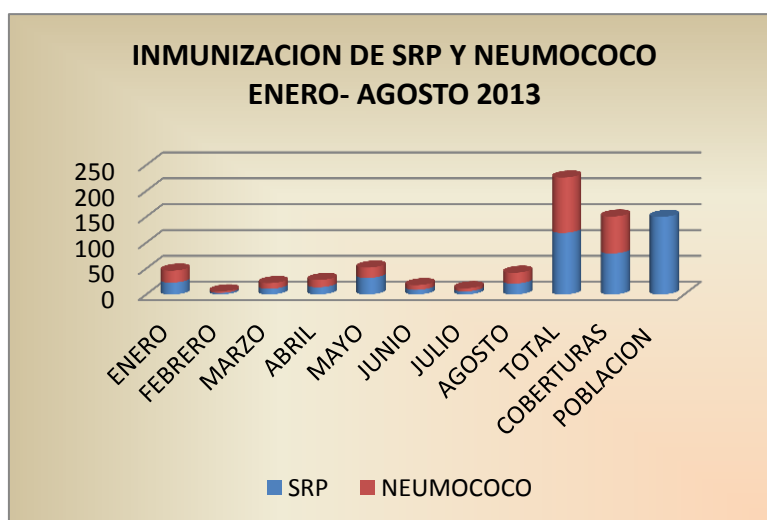
BIOLOGICOS	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	TOTAL	COBERTURAS	POBLACION
SRP	23	3	11	14	32	9	6	21	119	79	150
NEUMOCOCO	23	3	11	14	20	9	6	21	107	71	

**FUENTE:** Consolidado Mensual de Inmunización desde Enero – Agosto del 2013

**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC

**FIGURA Nº 46**

**PORCENTAJE DE INMUNIZACION DE SRP, FIEBRE AMARILLA, VARICELA Y NEUMOCOCO EN NIÑOS DE 12 A 23 MESES DE ENERO HASTA AGOSTO 2013**



**FUENTE:** Consolidado Mensual de Inmunización desde Enero – Agosto del 2013

**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC

El cuadro estadístico anterior, demuestra que se inmunizó con las vacunas de SRP en un 79%, y el 71% fue inmunizado con el biológico de neumococo a niños de 12 a 23 meses.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

**CUADRO Nº 48**

**PORCENTAJE DE INMUNIZACION DE SRP, FIEBRE AMARILLA, VARICELA Y NEUMOCOCO EN NIÑOS DE 12 A 23 MESES DE ENERO HASTA AGOSTO 2013**

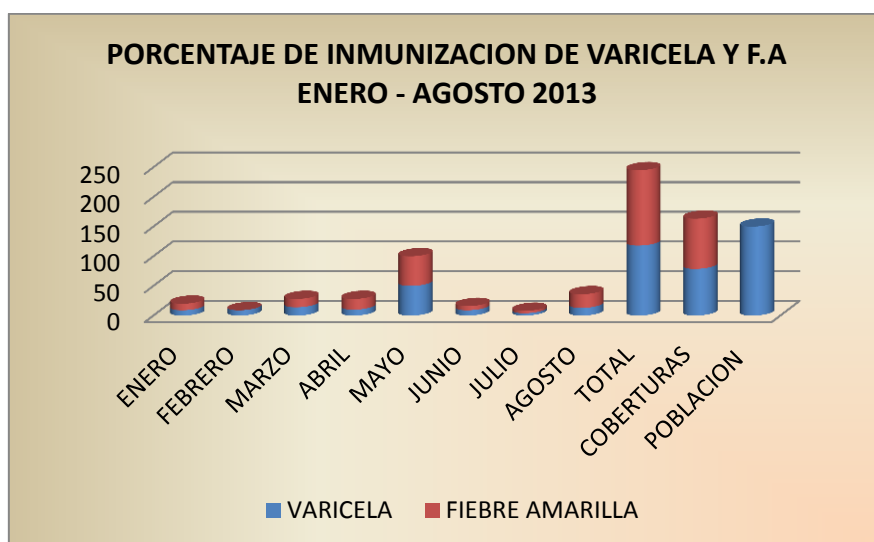
BIOLOGICOS	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	TOTAL	COBERTURAS	POBLACION
VARICELA	9	9	14	10	50	9	4	13	118	79	150
FIEBRE AMARILLA	11	0	14	18	50	7	4	23	127	85	

**FUENTE:** Consolidado Mensual de Inmunización desde Enero – Agosto del 2013

**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC

**FIGURA Nº 47**

**PORCENTAJE DE INMUNIZACION DE SRP, FIEBRE AMARILLA, VARICELA Y NEUMOCOCO EN NIÑOS DE 12 A 23 MESES DE ENERO HASTA AGOSTO 2013**



**FUENTE:** Consolidado Mensual de Inmunización desde Enero – Agosto del 2013

**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC

El cuadro estadístico demuestra que se inmunizó con la vacuna de Fiebre Amarilla un 85%, y de Varicela en un 79% de los niños de 12 a 23 meses fue inmunizado con el biológico de neumococo.

**CUADRO Nº 49**

**PORCENTAJE DE INMUNIZACION EN NIÑOS DE 12 A 23 MESES PUESTO DE SALUD SAN ANTONIO ENERO HASTA AGOSTO 2013**

BIOLOGICOS	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	TOTAL	COBERTURAS	POBLACION
OPV	5	13	8	8	13	6	7	15	75	50	150
DPT	5	13	8	8	13	6	7	15	75	50	

**FUENTE:** Consolidado Mensual de Inmunización desde Enero – Agosto del 2013

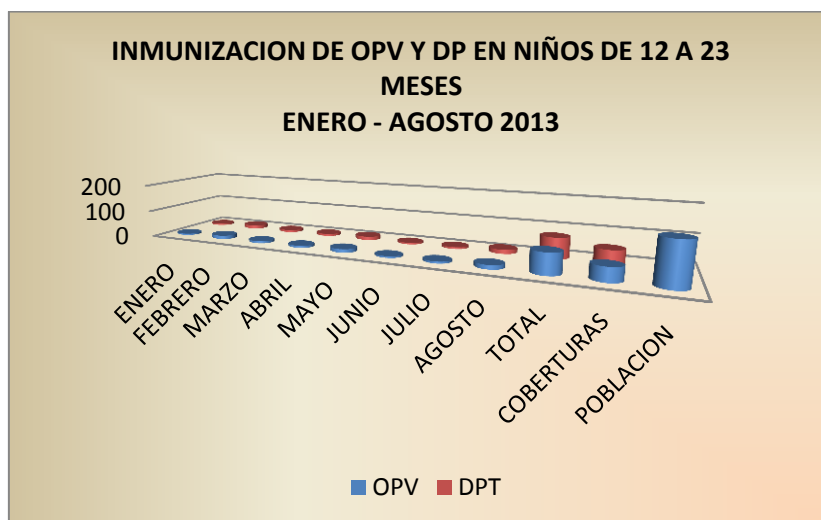
**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

**FIGURA Nº 48**  
**PORCENTAJE DE INMUNIZACION EN NIÑOS DE 12 A 23 MESES**  
**PUESTO DE SALUD SAN ANTONIO ENERO HASTA AGOSTO 2013**



**FUENTE:** Consolidado Mensual de Inmunización desde Enero – Agosto del 2013  
**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC

Esta tabla demuestra que los refuerzos de OPV y DPT administradas a niños de 12 a 23 meses fueron del 50%.

**CUADRO Nº 50**  
**PORCENTAJE DE INMUNIZACION DE NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS**  
**PUESTO DE SALUD SAN ANTONIO ENERO - AGOSTO DEL 2013**

BIOLOGICOS	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	TOTAL	COBERTURAS	POBLACION
OPV	10	7	7	21	41	9	2	15	112	49	230
DPT	10	7	7	21	41	9	2	15	112	49	

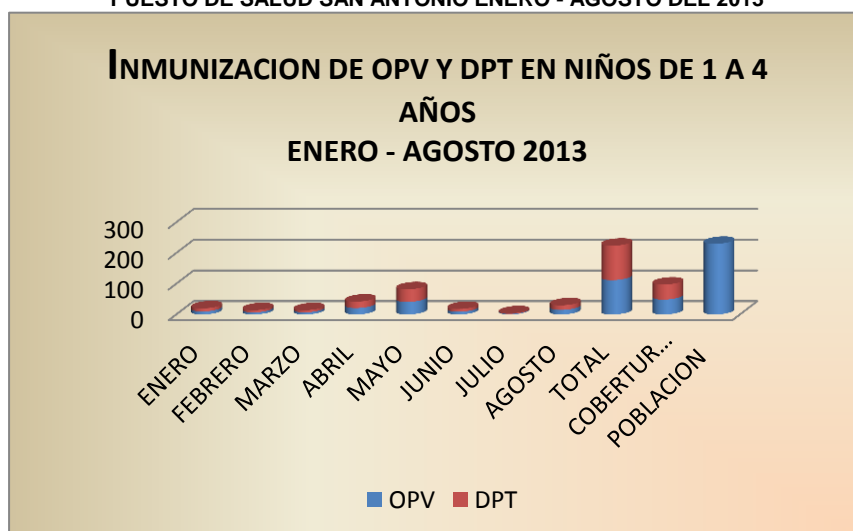
**FUENTE:** Consolidado Mensual de Inmunización desde Enero – Agosto del 2013  
**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

**FIGURA Nº 49**  
**PORCENTAJE DE INMUNIZACION DE NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS**  
**PUESTO DE SALUD SAN ANTONIO ENERO - AGOSTO DEL 2013**



**FUENTE:** Consolidado Mensual de Inmunización desde Enero – Agosto del 2013

**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC

Esta tabla demuestra que los refuerzos de OPV y DPT administrados a niños de 1 a 4 años fueron del 63%.

**CUADRO Nº 51**  
**PORCENTAJE DE INMUNIZACIÓN DE MUJERES EMBARAZADAS Y EN EDAD FERTIL DESDE ENERO HASTA**  
**AGOSTO DEL 2013 PUESTO DE SALUD SAN ANTONIO**

BIOLOGICO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	TOTAL	COBERTURAS	POBLACION
<b>DT EMBARAZADAS</b>	27	17	22	16	15	9	6	3	115	48	260

**FUENTE:** Consolidado Mensual de Inmunización desde Enero – Agosto del 2013

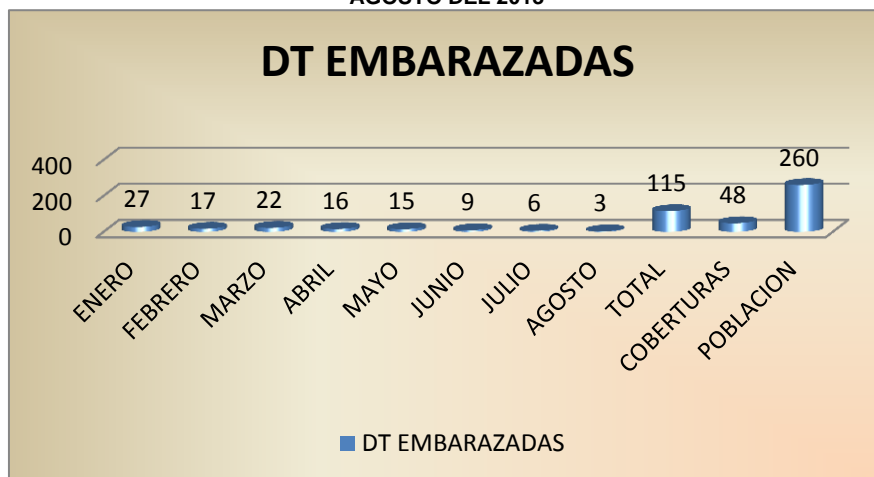
**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

**FIGURA Nº 50**  
**PORCENTAJE DE INMUNIZACIÓN DE MUJERES EMBARAZADAS Y EN EDAD FERTIL DESDE ENERO HASTA AGOSTO DEL 2013**



**FUENTE:** Consolidado Mensual de Inmunización desde Enero – Agosto del 2013

**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC

Como se puede observar en el cuadro estadístico, se alcanzó un 48% de inmunización en mujeres embarazadas desde la 2da dosis en adelante, hay embarazadas que llevan su control en el Hospital de Manglaralto, por lo cual se aplican las dosis en el vacunatorio perteneciente a la misma.

**CUADRO Nº 52**

**PORCENTAJE DE INMUNIZACIÓN DE MUJERES EMBARAZADAS Y EN EDAD FERTIL DESDE ENERO HASTA AGOSTO DEL 2013**

BIOLOGICO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	TOTAL	COBERTURAS	POBLACION
DT MEF	60	30	30	40	34	76	38	32	340	28	1205

**FUENTE:** Consolidado Mensual de Inmunización desde Enero – Agosto del 2013

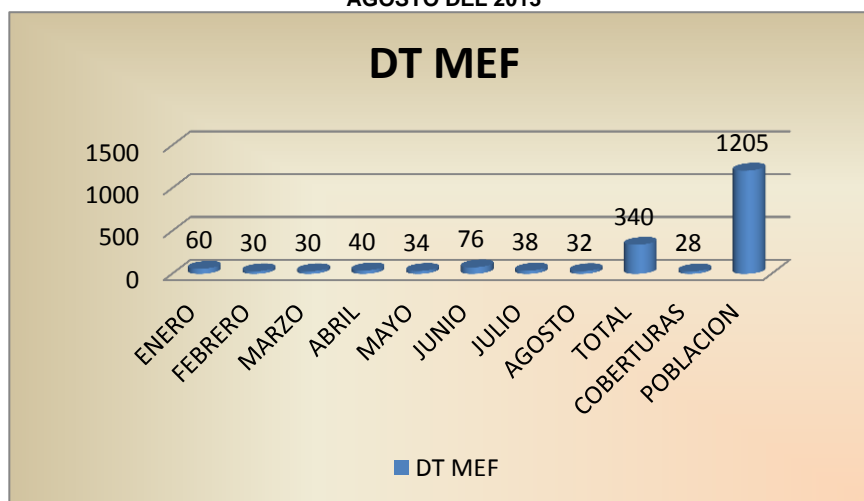
**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

**FIGURA N° 51**  
**PORCENTAJE DE INMUNIZACIÓN DE MUJERES EMBARAZADAS Y EN EDAD FERTIL DESDE ENERO HASTA AGOSTO DEL 2013**



**FUENTE:** Consolidado Mensual de Inmunización desde Enero – Agosto del 2013  
**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAAC

Como se puede observar en el cuadro estadístico, se alcanzó en un 28% la cobertura a partir de la segunda dosis de DTa en mujeres en edad fértil, desde enero hasta agosto del 2013.

- **PROGRAMA DE TAMIZAJE AUDITIVO**

El Tamizaje Auditivo es un proyecto impulsado por el Ministerio de Salud Pública, el cual consiste en un examen que previene o detecta tempranamente patologías auditivas en el recién nacido, proyecto que se lleva adelante con el apoyo de la Vicepresidencia de la República quien fue la que dotó los equipos para realizar estas pruebas.

**OBJETIVO GENERAL:**

Garantizar la atención integral de los neonatos con diagnóstico de hipoacusia y sordera, para disminuir la prevalencia de la discapacidad auditiva en población infantil y contribuir a su plena integración e inclusión social.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Establecer el Tamizaje Auditivo Neonatal como un procedimiento rutinario y obligatorio en todas las instituciones del Sector Salud, para la detección oportuna de hipoacusia y sordera.
- Asegurar el diagnóstico temprano de hipoacusia y sordera en la población infantil de cero a tres meses de edad.
- Garantizar la dotación de prótesis auditivas a todos los niños y niñas con diagnóstico confirmado de hipoacusia.
- Asegurar la habilitación auditiva de niños y niñas diagnosticados con hipoacusia o sordera, mediante sesiones de terapia auditivo-verbal y/o del lenguaje.

Es importante identificar a los niños con pérdida auditiva y promover la realización oportuna de exámenes de seguimiento y la prestación de servicios para las familias de niños con pérdida auditiva. Al recibir estos servicios a una edad temprana el niño podrá desarrollar destrezas de comunicación y lenguaje que perdurarán durante el resto de su vida. En el puesto de salud no se implementó este programa por la falta del instrumento NPED (para reconocer en edad temprano pérdidas auditivas), se los derivaba al Hospital de Manglaralto los días jueves.

- **PROGRAMA DE CONTROL DE TUBERCULOSIS**

El Ministerio de Salud Pública ha definido al Programa de Control de la Tuberculosis como de magnitud nacional, descentralizada, simplificada y prioritaria, que se ejecuta desde el nivel local involucrando a todos los





**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
Escuela de Trabajo Social  
Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

establecimientos del sector salud para contribuir al fortalecimiento del Modelo de Atención Integral de Salud.

**MISIÓN:**

El Programa de Control de la Tuberculosis tiene la misión de asegurar la detección, diagnóstico, tratamiento gratuito y observado de esta enfermedad, en todos los establecimientos de salud del país, brindando atención integral con personal altamente capacitado; cuya finalidad es disminuir la morbilidad, mortalidad y evitar la aparición de resistencia a las drogas antituberculosas.

**VISIÓN:**

El Programa de Control de la Tuberculosis garantizará a la población del Ecuador mejores condiciones de salud a través de una prestación de salud con calidad, calidez, equidad, eficiencia y efectividad; lo que se reflejará en la disminución de la morbilidad y mortalidad por tuberculosis en el país en forma sistemática y sostenida.

**OBJETIVO GENERAL:**

Establecer un control efectivo de la tuberculosis implementando la estrategia DOTS en todos los establecimientos de salud del país.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Detectar los casos de tuberculosis entre los consultantes y acompañantes de los servicios generales de salud a través del examen baciloscópico del sintomático respiratorio.
- Garantizar la capacidad diagnóstica de laboratorio y el control de calidad mediante una adecuada organización de la red de laboratorios.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

- Proporcionar tratamiento específico, gratuito y observado a todos los pacientes diagnosticados de tuberculosis para garantizar su curación.
- Reducir el abandono del tratamiento.
- Prevenir el desarrollo de resistencia a los medicamentos.
- Involucrar y capacitar al personal de salud, paciente y familia para fortalecer aquellas actitudes, conocimientos y prácticas que conduzcan a la prevención, detección y tratamiento efectivo de la tuberculosis.
- Crear un sistema de información veraz, oportuna y de calidad para la toma de decisiones.
- Capacitar al personal de profesionales y técnicos en el manejo gerencial del Plan de Control de la Tuberculosis.

El Plan de Control de la Tuberculosis basa su terapéutica de la tuberculosis en el Tratamiento acortado estandarizado directamente observado; teniendo como misión de asegurar la detección, diagnóstico, tratamiento gratuito y observado de esta enfermedad; cuya finalidad es disminuir la morbilidad, mortalidad y evitar la aparición de resistencia a las drogas antituberculosas, implementado la estrategia DOTS (Estrategia de tratamiento acortado directamente observado).

La promoción de la salud, por lo que respecta a la tuberculosis, se realizó con base en los siguientes criterios:

- a) Desarrollar acciones que promueven actitudes y aptitudes que mejoren la salud individual, familiar y colectiva de pacientes de tuberculosis.
- b) Promover el desarrollo de hábitos nutricionales saludables, de acuerdo con las posibilidades y características de las regiones donde habitan.
- c) Promover el saneamiento básico a nivel familiar, al fomentar el mejoramiento de las condiciones sanitarias de la vivienda.



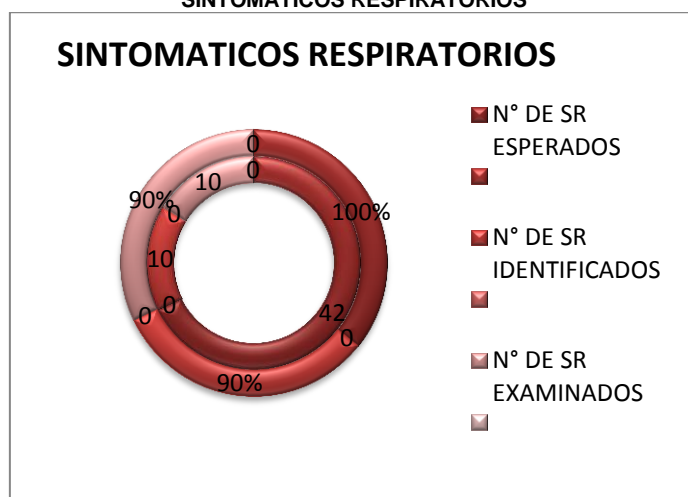
**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

- d) Proporcionar información respecto a qué es la tuberculosis, reconocer los factores de riesgo que facilitan su aparición, el modo de transmitirse, las acciones para prevenirla y tratarla.
- e) Sensibilizar a la población sobre la importancia de la vacuna BCG.
- f) Sensibilizar al personal de salud, así como a promotores voluntarios, en lo que se refiere al contenido de esta norma, para convertirlos en agentes de cambio en su comunidad y de la población a la cual prestan sus servicios.

Durante el periodo evaluado del Programa de Control de Tuberculosis, se implementó la estrategia DOTS en 1 caso nuevo derivado del Hospital Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil, al cual se le realizó un control médico y el respectivo tratamiento. Se realizaron alrededor de 10 baciloscopías de Sintomáticos respiratorios.

**FIGURA N° 52**  
**SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS**



**FUENTE:** Registro de sintomáticos Respiratorios  
**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATAC

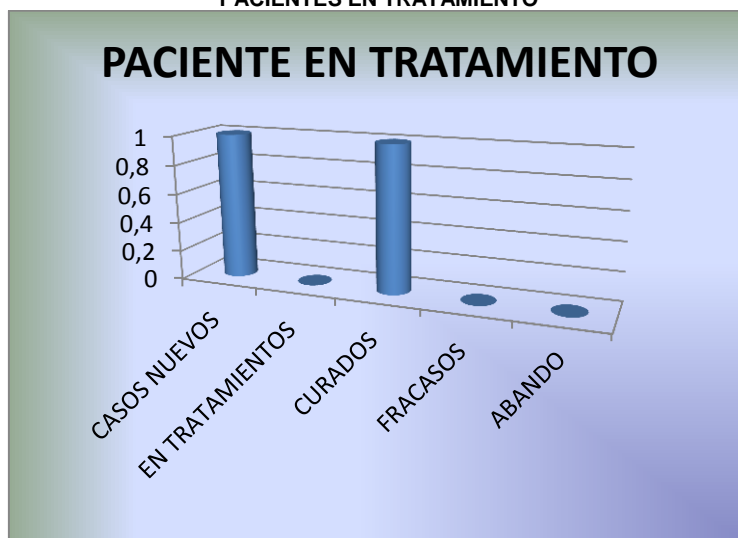
En el gráfico anterior, se muestra que no se pudo cumplir con la meta de captación de sintomáticos respiratorios, obteniendo como total a 10 personas a quienes se les realizaron evaluaciones.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

**FIGURA N° 53**  
**PACIENTES EN TRATAMIENTO**



**FUENTE:** Registro de casos de tuberculosis  
**ELABORADO POR:** OSCAR CERÓN TATA

Durante el periodo evaluado, se obtuvo una derivación del Hospital Teodoro Maldonado Carbo de un paciente con Tuberculosis extra pulmonar, al cual se le realizó un control médico y el respectivo tratamiento; actualmente sigue con los controles médicos.

- **PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA**

Este Programa Consiste en la notificación semanal de enfermedades de control específico y para una posterior Investigación, Supervisión, Capacitación, Asesoramiento, Seguimiento y Vigilancia Epidemiológica de las enfermedades de alto potencial epidemiológico. **(Ver anexo N° 06)**

- **PROGRAMA PARA LA LUCHA CONTRA EL PALUDISMO Y DENGUE.**

El presente programa de lucha contra el dengue y paludismo es una medida preventiva para disminuir en parte los casos de dengue y paludismo.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

El Dengue es una enfermedad producida por un mosquito llamado *Aedes Aegypti* que se encuentra y vive en aguas estancadas, sucias es muy grave que si no se toma las medidas necesarias pueden llevar a la muerte.

El Paludismo es otra enfermedad producida también por un mosquito *Anopheles*, este se encuentra viviendo en aguas limpias y sólidas este se caracteriza por presentar fiebre, escalofríos y diaforesis. Para prevenir esta enfermedad Tropical se debe tomar medidas específicas para erradicar la presencia de vectores.

### **OBJETIVOS:**

- Impartir a las escuelas y comunidad medidas de prevención sobre la lucha contra el Dengue y Paludismo por medio de charlas educativas en la comunidad.
- Incentivar a los escolares para que impartan los conocimientos adquiridos en estas charlas a su familia.
- Enseñar a la comunidad sobre las medidas a tomar en casos que familiares presenten estas enfermedades.

### **METAS:**

Lograr el cumplimiento del 100% de los objetivos propuestos.

- **PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR**

El Programa Nacional del Adulto Mayor procura incorporar el concepto de mejora de la Calidad de Vida de los Adultos Mayores, esto significa que se debe garantizar a todos ellos una vida digna, plena y participativa, mediante el desarrollo de un programa que fomente todas las áreas que se vinculan con la salud, promoviendo hábitos de vida saludables.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
Escuela de Trabajo Social  
Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

### **OBJETIVO GENERAL:**

Mejorar la condición de salud de la población Adulta, Adulta Mayor, desde una perspectiva de Ciclo de Vida y los enfoques de riesgo, género étnico, cultural y generacional que asegure un envejecimiento Saludable, activo y productivo.

### **GRUPOS PROGRAMÁTICOS:**

- De 20 a 64 años de edad
- De 65 a 74 años de edad
- De 75 y más años

### **ESTRATEGIAS GENERALES:**

- Fomentar la autoestima y el ejercicio pleno de sus derechos humanos y libertades fundamentales.
- Promover ambientes saludables para la reducción del riesgo.
- Impulsar la Atención Integral en los diferentes niveles de atención dirigido a la población Adulta Mayor.
- Desarrollar Planes de Educación Continua en Geriátría en todas las Unidades en Servicios de Salud.
- Fomentar la solidaridad Intergeneracional con participación de la familia y comunidad.
- Vigilancia, prevención y control de las enfermedades en todas las Instituciones de Salud.
- Garantizar la recuperación y rehabilitación a través de todos los Servicios de Salud.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

**Escuela de Trabajo Social**

**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

## **CAPÍTULO IV**

# **AJUSTES METODOLÓGICOS PERTINENTES E IMPACTOS SOCIALES**



## **CAPÍTULO IV**

### **AJUSTES METODOLÓGICOS PERTINENTES**

#### **4.1. ASPECTOS ESTRUCTURALES PARA LA EVALUACIÓN Y OPERATIVIZACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN LA UNIDAD OPERATIVA DE SALUD SAN ANTONIO**

El MAIS-FCI es un conjunto de políticas, estrategias, lineamientos y herramientas para responder a las necesidades de salud de las personas, familias y comunidad. Busca fortalecer y articular acciones preventivas de la enfermedad, intensificando la promoción y cuidado integral e involucrando la participación ciudadana en el cuidado de la salud y de las instituciones locales en el mejoramiento de las condiciones de vida (MSP, 2010).

Según la Subsecretaría de Extensión para la Protección Social en Salud del MSP, el MAIS-FCI se basa en el fortalecimiento de tres componentes para alcanzar su objetivo primordial:

1. **Provisión de Servicios de Salud:** atención de salud en base a definición de necesidades poblacionales.
2. **Gestión de Servicios de Salud:** planificación, programación y distribución de recursos necesarios, suficientes y oportunos para el desarrollo de actividades, supervisión, monitoreo y evaluación.
3. **Financiamiento de Servicios de Salud:** asignación de recursos necesarios, suficientes y oportunos para la prestación de servicios en función al cumplimiento de metas de impacto.





**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
Escuela de Trabajo Social  
Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

Dentro de estos componentes, y con el fin de acercar la atención de salud a población en áreas rurales y urbanas, el MAIS-FCI incorpora como una de sus estrategias para la Atención Primaria en Salud (APS) a los Equipos Básicos de Salud (EBAS). Los EBAS brindan atención integral a la salud de las personas a nivel nacional en un espacio poblacional determinado. El trabajo que se realiza, consiste en atención integral, vacunación, cercos epidemiológicos, búsqueda de pacientes hipertensos, diabéticos y educación para la salud. Cada EBAS, a modo general, está integrado por un médico general, un odontólogo (a), una enfermera (o), y un auxiliar en enfermería. A nivel nacional, los EBAS están distribuidos así: un equipo por cada 1000 familias a nivel urbano y 600 familias a nivel rural. En el año 2010, en todo el país, estaban activos 1800 EBAS, con 4282 profesionales brindando atención a la población (MSP, 2010).

Uno de los mayores desafíos en la agenda de implementación del MAIS-FCI se refiere al establecimiento de la Red Pública Integral de Salud (Según la Constitución del Ecuador, la Red Pública Integral de Salud será parte del Sistema Nacional de Salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y por otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad en todos los niveles de atención), pues ésta deberá establecer el sistema de referencia y contrareferencia que garantice la continuidad en las prestaciones, la organización territorial de los servicios públicos, el funcionamiento del tarifario del SNS y el licenciamiento de establecimientos públicos de salud (MSP, 2010).

#### **4.1.1 DESCRIPCIÓN DE LA HERRAMIENTA METODOLÓGICA**

En la actualidad, no se registra un marco metodológico oficial ya sea a nivel local, nacional o internacional para describir e identificar aspectos primordiales



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
Escuela de Trabajo Social  
Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

sobre la gobernanza en los sistemas de salud (SIDDIQI, 2008). Por este motivo, esta investigación utiliza la herramienta metodológica propuesta por la OMS para examinar la gobernanza en los sistemas en países en vías de desarrollo.

Esta herramienta, propuesta en (SIDDIQI, 2008), inicialmente describe temas de actualidad que inciden en la gobernanza del SNS local. En segundo lugar, la describe en base a la plataforma conceptual de cuatro marcos para el estudio de la gobernanza:

- Los dominios de rectoría del Sistema de Salud de la Organización Mundial de la Salud.
- Las funciones esenciales de salud pública de la Organización Panamericana de la Salud.
- Los seis aspectos básicos de gobernanza del Banco Mundial.
- Los principios de Buena gobernanza del Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo.

En base a estos marcos conceptuales, se proponen una serie de preguntas generadoras (Ver Formulación del problema del proyecto de tesis) correspondientes a tres niveles de análisis (política nacional, formulación de políticas de salud e implementación de políticas de salud) y diez principios, los cuales se detallan en el cuadro N° 53.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

**CUADRO Nº 53**  
**PRINCIPIOS BÁSICOS PARA EL ANÁLISIS**

Visión estratégica	Existencia de una política nacional de salud, en base a una visión, misión, objetivos y dirección estratégica clara para el mediano y largo plazo. Tomando en cuenta el contexto demográfico, epidemiológico, económico, histórico, cultural y social de la población.
Participación y orientación al consenso	Involucramiento ciudadano directo o indirecto en el proceso de formulación, toma de decisiones e implementación de políticas de salud. La participación ciudadana se enmarca en el derecho a la libre expresión, libertad de asociación y acceso a la información pública. La orientación al consenso surge como resultado de la buena gobernanza del SNS, que permite la interacción y mediación ciudadana en las decisiones con respecto a políticas y procedimientos sobre salud pública.
Marco legal	Aplicación justa e imparcial en el SNS del marco jurídico nacional relativo al derecho a la salud.
Transparencia	La transparencia se basa en el libre flujo de información con respecto a todos los temas de salud pública. Así, la información institucional, de procesos, gestión y recursos económicos debe ser accesible y comprensible para la ciudadanía.
Respuesta institucional	Las entidades de provisión de servicios de salud deben garantizar que las políticas y programas respondan a las necesidades clínicas y no clínicas particulares de la población.
Equidad e inclusión	Todos los ciudadanos (hombres y mujeres sin discriminación) deben tener las mismas oportunidades de acceso a servicios básicos de salud para mejorar y mantener su salud y calidad de vida.
Efectividad y eficiencia	Las entidades de provisión de servicios de salud deben producir resultados que satisfagan las necesidades de la población y, a su vez, hacer el mejor uso de los recursos existentes.
Rendición de cuentas	Se refiere a la responsabilidad en la toma de decisiones de salud pública ante la ciudadanía por parte de entidades gubernamentales, privadas y sociedad civil relacionada con el SNS.
Información	El manejo adecuado de los sistemas de información existentes en el SNS para promover una informada toma de decisiones, e influir en el comportamiento de grupos de interés relacionados.
Ética	Los principios éticos primordiales en la atención de salud son respeto a la autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia. Además, se recalca la ética en la investigación de salud, para salvaguardar los intereses y derechos del paciente.

FUENTE: SIDDIQI, 2008

ELABORADO POR: OSCAR CERÓN TATAC

La evaluación del proceso tiene como finalidad básica conocer la cobertura y la calidad de las intervenciones en su ejecución práctica. En esencia, se trata de verificar si el programa ha alcanzado los postulados básicos, los subgrupos relevantes, cómo han funcionado las estrategias aplicadas, y si se han realizado las actividades previstas con la calidad necesaria. Es importante distinguir la evaluación de proceso, que puede ser una iniciativa o actividad puntual, del monitoreo, que implica disponer de forma estable de indicadores de proceso válidos. El monitoreo mediante indicadores de proceso está indicado cuando los resultados de la intervención sólo pueden observarse a largo plazo, el proceso está suficientemente estandarizado y hay un buen conocimiento del modelo causal entre proceso y resultados. (NEBOT, LÓPEZ A., ARIZA A., VILLALBÍA, & GARCÍA-ALTÉS, 2011)



## PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

Escuela de Trabajo Social

Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

La evaluación de los resultados consiste esencialmente en verificar si se han alcanzado los objetivos establecidos. En salud pública es habitual que los resultados directos del programa (p. ej., obtener mayores tasas de cobertura vacunal o reducir la tasa de fumadores) no se traduzcan de forma inmediata en una reducción de la mortalidad o de la morbilidad, por lo que suele distinguirse entre los resultados directos o inmediatos y los resultados a largo plazo. (GREEN & KREUTER, 1999) y (WINDSOR, BRANOWSKI, & CLARK, 1994)

Con relación a los resultados, también suele distinguirse entre eficacia y efectividad, en función de si éstos se miden en los receptores del programa o de la intervención (eficacia) o en el conjunto de la población diana (efectividad).

Cuando se evalúa la implementación de un modelo determinado, la base sustancial es el diagnóstico previo. Sin lugar a dudas, en las unidades operativas rurales como en el caso de la Unidad Operativa de Salud San Antonio, el trabajo se dificulta de forma impresionante. Carecen de recursos variados: medicina, personal, equipos, infraestructura, ejecución de procesos técnicos. Todo esto retrasa el desarrollo integral de las comunidades anexas. Una población enferma y mal tratada, no puede generar espacios de crecimiento y desarrollo humano y económico, adecuados.

### **4.1.2 GRADO DE IMPLEMENTACIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS SECTORIALES Y SUS INSTRUMENTOS**

Las políticas públicas son concebidas como: “Un conjunto de decisiones y estrategias adoptadas por una autoridad legítima para resolver problemas públicos complejos”. (Aguilar, 1993). En tal sentido, una política pública es una directriz general que refleja la prioridad y voluntad política del gobierno para modificar una situación determinada. En la práctica, las políticas públicas funcionan como instrumentos que permiten al Estado garantizar los derechos



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

humanos y ambientales, vinculando las necesidades sociales de corto plazo con una visión política a mediano y largo plazo, para así eliminar inequidades (ver Art. 85 de la Constitución). La interrelación de las decisiones de los distintos actores públicos (También hay posiciones que hablan de las políticas públicas como enunciados que conciernen a la selección de medios para alcanzar metas que se planteen; todo aquello que las entidades públicas tienen intención de hacer, pero también lo que eligen no hacer; o, como una secuencia de acciones que se expresan a través de leyes y regulaciones, así como en el conjunto de programas, proyectos y actividades de las instituciones públicas).

La implementación del MAIS-FCI en la Unidad Operativa de Salud San Antonio, implica la implementación de la política pública de salud en un nivel técnico. Los procesos son ejecutados de forma gradual e insuficiente, debido en gran parte a la dependencia estructural de recursos de los organismos rectores de la salud a nivel provincial y nacional. Es importante considerar el papel central que juega el Estado para llevar a cabo las políticas públicas de salud. Pero una vez analizado el MAIS-FCI en la unidad rural, se pueden enmarcar que los siguientes fines específicos, fueron aplicados de forma inconclusa:

- Lograr la integración y el equilibrio, en términos sociales y territoriales;
- Incidir en la conformación plural de la sociedad;
- Intervenir de manera coherente, complementaria y solidaria para la consecución del Buen Vivir de la población; y
- Garantizar el respeto inmediato de los derechos humanos y ambientales, para su realización progresiva.

#### **4.1.2.1 BLOQUE DE CONSTITUCIONALIDAD**

La Constitución, en su artículo 32, enfatiza que la salud es un derecho garantizado por el Estado. Para garantizar este derecho, el Estado ejercerá la



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

rectoría del Sistema Nacional de Salud a través de la autoridad sanitaria nacional, el Ministerio de Salud Pública (MSP). La Constitución delinea, a modo general, la finalidad, funciones, objetivos, competencias institucionales y la política pública, además del alcance del SNS (Ver desde Art. 358 hasta Art. 363). (FLORES y CASTILLO, 2012).

Con la Constitución se crea además el Sistema Nacional Descentralizado de Planificación Participativa y se le da el carácter de vinculante a su principal herramienta, el Plan Nacional de Desarrollo (PND). Para el periodo 2009-2013, el PND se denomina Plan Nacional para el Buen Vivir y éste constituye el máximo instrumento de planificación nacional y de política pública (Senplades, 2011). Sin embargo, estos postulados macro no alcanzan a implementarse a nivel local y rural. La especificidad de los contenidos constitucionales sobrepasan, muchas veces, las realidades comunitarias, como en el caso de la Unidad Operativa de Salud San Antonio y la implementación del MAIS-FCI. Muchas dependencias locales no alcanzan a ser amparadas en los fines constitucionales por fallas en la estructura de las instituciones de salud de nivel superior.

#### **4.1.2.2 ESTRATEGIA DE LARGO PLAZO**

Las Políticas Sectoriales deben considerar, de forma prioritaria, la consecución técnica de los Proyectos Estratégicos Nacionales y las acciones intersectoriales necesarias para garantizar los derechos de la población en las áreas de influencia de los mismos, en todos sus momentos: antes, durante y después de su implementación. En esa medida, no se deben descuidar la educación, la salud, la seguridad social y otros derechos fundamentales, para que las actividades no vayan en desmedro del Buen Vivir de la población de la zona. (SENPLADES, 2011)



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
Escuela de Trabajo Social  
Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

La implementación del MAIS-FCI, partió en el año 2012 como un proyecto de largo plazo, debido a la complejidad de sus componentes y a los requerimientos técnicos para su ejecución completa. Muchas unidades de salud, en especial rurales, no lo han implementado. Casos como el de San Antonio son específicos. Se han hecho esfuerzos enormes para la puesta en marcha de programas y actividades especificadas en el MAIS-FCI con la finalidad de lograr la inclusión, protección social solidaria y garantía de derechos en el marco del Estado constitucional de derechos y justicia.

#### **4.1.2.3 PLAN NACIONAL PARA EL BUEN VIVIR**

El Plan Nacional para el Buen Vivir tiene como objetivo número tres mejorar la calidad de vida de la población. Así, se propone promover “*acciones públicas, con un enfoque intersectorial y de derechos, que se concretan a través de sistemas de protección y prestación de servicios integrales e integrados*” con énfasis en los servicios de salud (SENPLADES, 2009). En esta línea, la política N.º 3.3 busca garantizar la atención integral de salud por ciclos de vida, oportuna y sin costo para las y los usuarios con calidad, calidez y equidad.

Con el propósito de alcanzar la meta planteada por el PNBV de aumentar la calificación del funcionamiento de los servicios de Salud Pública hasta el 2017, se formularon algunos planteamientos como la importancia de articular la Red Pública Integral y fortalecer el rol de Ministerio de Salud Pública como entidad rectora (SENPLADES, 2009).

La normativa general nacional para el sector se establece a través de la Ley Orgánica de Salud (LOS) y su reglamento. Estos instrumentos legales están vigentes a partir del 2006 y su propósito es regular, a modo general, las acciones de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y ser el marco



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

formal para aplicar políticas, programas y normas de atención de salud integral y de calidad. Su finalidad es hacer efectivo el cumplimiento del derecho a la salud al que se sujetan todos los integrantes del SNS (LOS, 2006).

La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (LOSNS) tiene como propósito establecer los principios y normas generales para la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud que rige en todo el territorio nacional (LOSNS, 2002). Es el marco legal mediante el cual se establecen los objetivos, principios, funciones, e integrantes en el Sistema Nacional de Salud.

**CUADRO N° 54**  
**CONTEXTO LEGAL Y REGULATORIO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

**Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (LOSNS)**

**Art. 1.- Objeto y Ámbito de la Ley.**- La presente Ley tiene por objeto establecer los principios y normas generales para la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud que regirá en todo el territorio nacional.

**Art. 2.- Finalidad y Constitución del Sistema.**- El Sistema Nacional de Salud tiene por finalidad mejorar el nivel de salud y vida de la población ecuatoriana y hacer efectivo el ejercicio del derecho a la salud. Estará constituido por las entidades públicas, privadas, autónomas y comunitarias del sector salud, que se articulan funcionalmente sobre la base de principios, políticas, objetivos y normas comunes.

**Art. 3.- Objetivos.**- El Sistema Nacional de Salud cumplirá los siguientes objetivos:

1. Garantizar el acceso equitativo y universal a servicios de atención integral de salud, a través del funcionamiento de una red de servicios de gestión desconcentrada y descentralizada.
2. Proteger integralmente a las personas de los riesgos y daños a la salud; al medio ambiente de su deterioro o alteración.
3. Generar entornos, estilos y condiciones de vida saludables.
4. Promover la coordinación, la complementación y el desarrollo de las Instituciones del sector.
5. Incorporar la participación ciudadana en la planificación y veeduría en todos los niveles y ámbitos de acción del Sistema Nacional de Salud.

**Art. 4.- Principios.**- El Sistema Nacional de Salud, se regirá por los siguientes principios.

1. **Equidad.**- Garantizar a toda la población el acceso a servicios de calidad, de acuerdo a sus necesidades, eliminando las disparidades evitables e injustas como las concernientes al género y a lo generacional.
2. **Calidad.**- Buscar la efectividad de las acciones, la atención con calidez y la satisfacción de los usuarios.
3. **Eficiencia.**- Optimizar el rendimiento de los recursos disponibles y en una forma social y epidemiológicamente adecuada.
4. **Participación.**- Promover que el ejercicio ciudadano contribuya en la toma de decisiones y en el control social de las acciones y servicios de salud.
5. **Pluralidad.**- Respetar las necesidades y aspiraciones diferenciadas de los grupos sociales y propiciar su interrelación con una visión pluricultural.
6. **Solidaridad.**- Satisfacer las necesidades de salud de la población más vulnerable, con el esfuerzo y cooperación de la sociedad en su conjunto.
7. **Universalidad.**- Extender la cobertura de los beneficios del Sistema, a toda la población en el territorio nacional.
8. **Descentralización.**- Cumplir los mandatos constitucionales que consagren el sistema descentralizado del país.
9. **Autonomía.**- Acatar la que corresponda a las autonomías de las Instituciones que forman el Sistema.

FUENTE: MSP, 2012

ELABORADO POR: OSCAR CERÓN TATAC





## PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

Escuela de Trabajo Social

Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

Como se puede observar en el cuadro N° 54, se establece el marco legal y normativo para la ejecución de los procesos de salud en el país. El MAIS-FCI busca la consecución integral de los mismos, pero en el aspecto local, es deficiente el cumplimiento adecuado de los procesos técnicos.

### 4.1.2.4 AGENDAS PARA LA IGUALDAD

La Constitución consagra el principio de la igualdad y no discriminación. El artículo 11, inciso 2, establece *“que todas las personas, tanto individuales como colectivas (comunidades, pueblos, nacionalidades y territorios), son iguales ante la ley, que gozan de los mismos derechos, deberes y oportunidades, y que no pueden ser discriminadas por razones de etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, identidad de género, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, filiación política, pasado judicial, condición socioeconómica, condición migratoria, orientación sexual, estado de salud, portar VIH, discapacidad, diferencia física, ni por cualquier otra distinción, personal o colectiva, temporal o permanente.”* (SENPLADES, 2008).

Las Agendas Sectoriales y Políticas Públicas, en observancia de lo expuesto, deben incorporar y transversalizar, en el marco normativo del Buen Vivir, procesos que comprendan los enfoques de igualdad y de ambiente, reconociendo la importancia de corregir las inequidades estructurales del pasado que han marginado o puesto en situación de desventaja a individuos, sectores, grupos y colectividades de la sociedad ecuatoriana, entre ellos a mujeres, a personas con identidades de género y orientaciones sexuales diversas, a los pueblos y nacionalidades, a las personas con discapacidad (física, visual, auditiva, mental, etc.), a las personas inmigrantes irregulares, asiladas o refugiadas, a niños, niñas, adolescentes, jóvenes y adultos mayores, entre otros. (SENPLADES, 2011)



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
Escuela de Trabajo Social  
Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

El MAIS-FCI, trae consigo el cumplimiento de estos preceptos humanos. De esa manera, las dimensiones sectorial y territorial deben estar transversalizadas por los enfoques de igualdad en lo concerniente a:

- Género,
- Generacional,
- Discapacidades,
- Interculturalidad, y
- Movilidad humana.

Así, el proceso de formulación de políticas públicas apunta hacia la inclusión en igualdad de condiciones. Pero la realidad presenta resultados adversos, principalmente en los sectores rurales. Su formulación, a pesar que contempla la perspectiva de género, para fomentar cambios profundos de patrones socioculturales, políticos, económicos, aún detalla graves distorsiones en el ámbito de la salud. Estas inciden en las estructuras que sostienen la desigualdad y gravitan sobre el orden de género. El MAIS-FCI, considera la dimensión etaria para asegurar una perspectiva generacional que vele por las personas a lo largo de su vida, y por las generaciones futuras. En este aspecto, el alcance es básico, logrando una atención, en su mayoría reactiva y no preventiva.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

#### **4.1.2.5 PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL**

La propuesta de un nuevo modelo de gestión para el MSP tiene como objetivo fortalecer el rol de la autoridad sanitaria nacional para que la ciudadanía pueda acceder a servicios de salud más eficientes, transparentes, próximos y de calidad (MSP, 2010).

Uno de los mecanismos para esta estrategia es el fortalecimiento del primer nivel de atención, para resolver los problemas en los puestos, subcentros y centros de salud (El Comercio, 2012). La implementación del nuevo modelo de gestión se enmarca en el proceso de modernización y descentralización del Estado. Bajo este marco conceptual, se busca promover una gestión en salud de carácter territorial, es decir, motivar intervenciones diferenciadas en cada territorio respondiendo a necesidades particulares de la población (MSP, 2010).

Adicionalmente, este modelo se caracteriza por un fortalecimiento de los procesos del MSP en sus niveles desconcentrados (alta desconcentración), mejorando la capacidad resolutoria de los territorios; y una descentralización que se refiere al traspaso de ciertas competencias a los Gobiernos Autónomos Descentralizados (MSP, 2011). La Unidad Operativa San Antonio está anexa al cantón Santa Elena y a la provincia del mismo nombre.

Así, se plantea tanto una nueva estructura orgánica para el MSP como una nueva lógica territorial en cuatro niveles (MSP, 2011):

- a) La Planta Central**, enfocada en la rectoría, rol normativo, coordinación, planificación y regulación.
- b) Nueve coordinaciones zonales** (1: Esmeraldas, Carchi, Imbabura, Sucumbíos; 2: Pichincha, Napo, Orellana; 3: Pastaza, Cotopaxi, Tungurahua, Chimborazo; 4: Manabí, Santo Domingo de los Tsáchilas; 5: Santa Elena,



## PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

Escuela de Trabajo Social

Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

Guayas, Los Ríos, Bolívar, Galápagos; 6: Cañar, Azuay, Morona Santiago; 7: El Oro, Loja, Zamora Chinchipe; 8: Guayaquil, Samborondón, Durán; 9: Quito), que estarán conformadas por la unión de provincias en el nuevo código de reordenamiento territorial. Las coordinaciones zonales realizarán, en todo el territorio nacional, el control del cumplimiento de las políticas y normativas del sector salud.

**c) Direcciones distritales** (139) que proveerán permisos de funcionamiento, registro de títulos, autenticación de certificados médicos y, paralelamente, promoverán la ejecución de la planificación y desconcentración de procesos.

**d) Gobiernos Autónomos Descentralizados** cuya facultad es la planificación y gestión local de infraestructura de forma coherente con la planificación estratégica del MSP. En este caso, el cantón Santa Elena.

Los aspectos del sistema de salud reflejados de forma clara en el caso de la Unidad Operativa San Antonio, requieren cambios fundamentales incluyen asuntos como la brecha entre el MSP y los Municipios, la política de gratuidad sobre aseguramiento, la influencia de la Constitución de 2008, y la falta de reconocimiento de las diversidades culturales.

### 4.1.3 ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE DESARROLLO

Para poner en marcha el proceso técnico, político y participativo de formulación de políticas públicas, se requiere contar con insumos y recursos institucionales, informacionales, metodológicos y técnicos. (SENPLADES, 2011) En el caso del MAIS-FCI, sus procesos requieren de lo mismo, pero su ejecución es compleja, sobre todo en las unidades de salud, rurales o pequeñas.

Todo el proceso se inicia con una necesidad socialmente percibida y una decisión política que detona sinergias institucionales y sociales para lograr un



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

producto integral, factible, consensuado y concretado en líneas de acción priorizadas, interiorizadas por la administración pública y la sociedad civil.

En forma simplificada, las etapas del proceso de formulación de políticas públicas sectoriales son: etapa preparatoria y de diagnóstico, etapa de formulación de lineamientos y definición de políticas, y etapa de aprobación e incorporación al sistema para su implementación.

El ciclo continúa con la ejecución, seguimiento y evaluación. No obstante, el presente documento se refiere específicamente al proceso de formulación de políticas públicas en el ámbito sectorial, en tanto que la formulación de programas o proyectos, su implementación, seguimiento y evaluación tienen guías y formatos particulares. Las referencias a estos procesos conexos se hacen para tener la visión integral del ciclo de las políticas públicas. (SENPLADES, 2011)

#### **4.1.3.1 IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD DE LA POLÍTICA PÚBLICA**

El primer paso para la construcción de una política pública consiste en asegurar que la situación problemática u oportunidad de desarrollo a que se refiere sea incluida en la agenda política. La agenda política marco es el PNBV. Por ende, la mayoría de problemas y oportunidades de desarrollo ya constan en este instrumento. (SENPLADES, 2011) El MAIS-FCI trae consigo una agenda político-técnica de integralidad en los procesos de salud.

En este contexto, el término «agenda» indica el conjunto de la situación problemática u oportunidad de desarrollo que, según se define, necesita un debate público o la intervención activa de las autoridades públicas legítimas. (SENPLADES, 2011)



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
Escuela de Trabajo Social  
Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

Para la construcción de un problema de atención política, se distinguen varios criterios y condiciones:

1. Se necesita que haya, efectivamente, una condición objetiva que afecte de manera diferenciada a grupos o sectores sociales o al conjunto de la población.
2. La distancia entre el deber ser y el ser resulta suficientemente acentuada como para exigir una acción política.
3. Es indispensable considerar que el tema tiene que ser de competencia de las autoridades públicas respectivas, las cuales son capaces y están obligadas a hacer algo frente a él. Al hacer un análisis holístico de un problema/situación, se detectarán muchas causas que escapan de la competencia de un ministerio o secretaría. En este caso, es pertinente un análisis para que se genere un nivel de intersectorialidad como en el caso de las unidades de salud rurales.
4. La situación problemática u oportunidad de desarrollo tiene que ser formulada y presentarse bajo un código o lenguaje adecuado (técnica, ideológica y políticamente) para que la autoridad pública pueda tratarlo.
5. La inscripción de la situación problemática u oportunidad de desarrollo en la agenda pública proviene de dos fuentes: una es externa al Estado y a sus instituciones, es decir, desde la demanda social o los compromisos internacionales; y la otra es interna al Estado y a sus instituciones, es decir, sobre la base de diagnósticos de situación e instrumentos analíticos, incluyendo la identificación de déficits en materia de derechos humanos y ambientales. El paso de un problema «privado» a un problema «público» necesita que personas, grupos, comunidades, pueblos y/o nacionalidades tengan la capacidad (y el interés) de llevar la vocería del problema, le den una definición y lo expresen en un lenguaje común. La demanda social —expresada a través de, entre otros, grupos organizados, sectores productivos, redes y



## PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

Escuela de Trabajo Social

Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

plataformas sociales, medios de comunicación, autoridades locales, la academia—, plantea temas de prioridad, necesidades sociales a tomar en cuenta, y problemáticas que deben ser estudiadas. Esto remite a la exigibilidad de los derechos por parte de la ciudadanía y la garantía de los mismos por parte del Estado.

6. Quienes inscriben la situación problemática u oportunidad de desarrollo en la agenda anticipan propuestas o alternativas de respuestas. La problemática identificada debe reflejar cómo esta afecta de forma diferenciada a distintos grupos de titulares de derechos.
7. La problemática, la responsabilidad y las alternativas deben ser territorializadas, para saber el alcance y las prioridades bajo una óptica espacial y considerar la sensibilidad cultural, es decir la aceptación de las comunidades, pueblos y nacionalidades a las que va dirigida.

La implementación del MAIS-FCI en la Unidad Operativa de Salud San Antonio, demuestra la proporción técnica en el desarrollo de la política pública de salud nacional y la problemática sectorial. Es un buen modelo pero con deficiencias estructurales y de recursos.

### 4.1.3.2 CONFORMACIÓN DE EQUIPOS POLÍTICOS Y TÉCNICOS

Una vez definidas las responsabilidades de los actores institucionales y sociales, se deben establecer niveles de trabajo multidisciplinarios e interinstitucionales, conformando los equipos respectivos:

- **El equipo de trabajo político:** Se refiere a la instancia máxima de formulación de la propuesta de política, que tiene la responsabilidad de proponer los lineamientos generales, las políticas sectoriales y sus lineamientos de política, y avalar políticamente la propuesta elaborada por el equipo. En el caso del MAIS-FCI, los gerentes y directores provinciales de salud, ejercen este trabajo.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

- **El equipo de trabajo técnico:** El equipo político creará un equipo técnico responsable de la implementación de propuesta metodológica, de establecer los mecanismos para levantar el diagnóstico, aplicar las herramientas de planificación participativa para proponer las alternativas y decisiones viables. Se encargará, también, de preparar el portafolio de programas y proyectos, y demás insumos que requiere el equipo político para decidir sobre la propuesta final. Adicionalmente, el equipo técnico puede apoyarse en expertas y expertos internos o externos en temas específicos. (SENPLADES, 2011)

La implementación del MAIS-FCI, reformuló la dotación de personal en las unidades de salud rurales, de forma que el trabajo se complementara según las necesidades de la comunidad. En la práctica y en el caso de la Unidad Operativa de Salud San Antonio, el exceso de pacientes y las escasas 8 horas de atención diarias, deterioran la calidad del servicio.

Los equipos de trabajo adecuados y constituido por el recurso humano asignado a las Áreas de Salud para que colaboren con acciones de supervisión técnica y administrativa, educación continua y atención de referencia de casos por parte de los EBAS (Equipos básicos de atención en salud), deberán estar conformados, al menos por 3 de los siguientes miembros:

- 1 médico/a especialista en medicina familiar y comunitaria
- 1 odontólogo/a
- 1 farmacéutico/a
- 1 microbiólogo/a
- 1 enfermero/a
- 1 trabajador/a
- Trabajadora social
- 1 nutricionista/a





**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

Adicionalmente, el equipo de apoyo cuenta con recursos humanos del área administrativa. (ÁLVAREZ VIDAL, 2011)

En la Unidad Operativa de Salud San Antonio se cuenta con Equipo Básico de Atención en Salud (EBAS). A su vez, cada una el área de salud se comprende divisiones geográficas (comunidades anexas) en las que, en promedio, viven entre 4.000 y 4.500 personas; dicho equipo está formado por:

- 2 médicos/as generales
- 1 auxiliar de enfermería,
- 1 odontólogo,
- 1 obstetrix,
- 1 técnico de atención primaria en salud (TAPS)

Cabe indicar, que el número de empleados no cubre toda la demanda de pacientes de las comunas adyacentes. Lo ideal es duplicar la atención mediante la contratación de personal adecuado a las necesidades prácticas.

#### **4.1.3.3 CONFORMACIÓN DE ESPACIOS DE PARTICIPACIÓN DE ACTORES SOCIALES**

La APS renovada está fuertemente ligada a procesos de organización y participación social que se construyan desde las necesidades y demandas más sentidas de los seres humanos. La posibilidad de generar espacios democráticos deliberativos y asociativos de poder ciudadano pueden convertirse a corto y mediano plazo en la oportunidad de generar procesos de transformación en el ámbito de la salud y la calidad de vida. (MSP, 2012)

El MAIS-FCI se orienta a generar condiciones y mecanismos que contribuyan a que las personas y las organizaciones sociales locales tengan el control sobre los determinantes sanitarios, a través de procesos de información, educación



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

permanente y activa participación, facilitando el pleno ejercicio de sus derechos y responsabilidades en salud. (MSP, 2012)

La generación de condiciones saludables no es posible sin participación activa de las personas como sujetos de derecho, que tienen la misión de construir sus organizaciones representativas para conocer, acordar, ejecutar y evaluar conjuntamente con los equipos de salud las intervenciones del modelo de atención. La organización local se constituye en la contraparte de veeduría del ejercicio del derecho a la salud y el funcionamiento de la red de servicios. (MSP, 2012)

Para que la participación sea efectiva es necesario establecer reglas orientadoras en varios sentidos:

- Las demandas sociales deben ser procesadas y, para ello, hay que contar con procedimientos básicos que respeten la diferencia poblacional según sexo, edad, nacionalidad o etnia, condición de movilidad social, orientación sexual e identidad de género, o discapacidad;
- Es necesario manejar grados de coherencia entre los conflictos que puedan aparecer en el planteamiento de las demandas legítimas por parte de varios sectores de la población, afectadas además en forma diferenciada por la política pública (o por su carencia);
- Se debe determinar, dentro de esta nueva concepción de complementariedad de democracia representativa y democracia participativa, qué calidad de participación existe y cómo se implementan espacios, articulaciones, tiempos e instituciones para que la participación ciudadana conduzca a una planificación que responda a las demandas sociales. (SENPLADES, 2011)



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

El MAIS-FCI, tiene una grave disonancia entre los procesos a implementar y la realidad situacional de las unidades de salud existentes y de los ciudadanos que habitan en dichos sectores, principalmente en las zonas rurales. La posibilidad de que la ciudadanía esté en capacidad de aportar en cualquiera de las etapas de formulación de una política sectorial también debe partir de la voluntad política de sortear la falsa dicotomía entre conocimiento científico y saber popular. Desmontando esta falsa diferencia, técnicos, técnicas y actores sociales podrán sumar sus esfuerzos para analizar los problemas y sistematizar propuestas de políticas públicas sectoriales en el marco de un diálogo de saberes. (SENPLADES, 2011)

En este aspecto, en el caso de la Unidad Operativa de Salud San Antonio, se han podido determinar la siguiente problemática, previo el Diagnóstico y formulación del MAIS-FCI:

- La recuperación de las percepciones sobre los problemas y carencias de la población, así como las alternativas o soluciones culturalmente sensibles, teniendo en cuenta siempre los enfoques de igualdad;
- La manifestación de las preferencias ciudadanas respecto de las alternativas u objetivos a alcanzar en cuanto a salud;
- La identificación de problemas particulares o los efectos diferentes de los problemas sobre las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades, de acuerdo al género, edad, discapacidad, origen nacional o étnico;
- El aprendizaje de las personas participantes del proceso de formulación de los programas y proyectos de salud, lo que permite, a su vez, que la población cuente con información pertinente para la etapa de seguimiento y evaluación;
- La escasa programación de recursos teniendo en cuenta las diversas opciones de preferencia de la población;



## PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

Escuela de Trabajo Social

Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

- El deficiente reconocimiento de los distintos niveles políticos por los intereses de la población y la resolución de conflictos;
- La relativa inclusión, particularmente durante ciertos momentos clave del proceso, como en el establecimiento de prioridades de los segmentos de la población que han sido histórica y tradicionalmente marginados y excluidos; por ejemplo, las y los pobres y otros grupos de población en situación de mayor marginalidad, que no han tenido suficiente poder político o económico para hacer valer sus propuestas; y
- La inclusión de medidas para eliminar barreras y ofrecer igualdad de oportunidades para los grupos tradicionalmente excluidos y/o marginados, por parte del personal de la unidad operativa, así como formular políticas sectoriales culturalmente sensibles.

### **4.1.4 LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA EJECUTADOS EN EL MAIS-FCI**

La definición del rol del MAIS-FCI en el Sistema Nacional de Salud constituye una oportunidad para caminar hacia la creación de un estado plurinacional e intercultural, que satisfaga el derecho legítimo de los pueblos y nacionalidades del Ecuador a preservar y desarrollar sus sistemas tradicionales de salud y fomente la creación de modelos interculturales de salud. Las reformas constitucionales abren paso a la creación de un enfoque que contribuya sustancialmente a garantizar la atención de personas de diferentes grupos etarios o ciclos de vida, en base a la cooperación y complementariedad entre los sistemas de salud ancestrales y convencionales. Para ello, el análisis de la implementación del MAIS-FCI en la Unidad Operativa San Antonio, parte de cuatro premisas fundamentales:

- a) El Estado ecuatoriano es plurinacional e intercultural y reconoce y garantiza los derechos colectivos, entre los cuales se encuentran



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

- el derecho a preservar y desarrollar los sistemas tradicionales de salud, como en el caso de las comunas de la parroquia Manglaralto.
- b) Los sistemas tradicionales de salud están plenamente vigentes en el país y cumplen un rol estratégico en la atención materno, neonatal y del adulto mayor, como puntos prioritarios del personal de la unidad operativa.
  - c) La definición del rol de la Comunidad apunta hacia la progresiva institucionalización de los sistemas tradicionales de salud, y la redefinición de los marcos institucionales de los servicios estatales de salud.
  - d) El aseguramiento de los derechos fundamentales de los comuneros de la parroquia Manglaralto requieren de un trabajo cooperativo y complementario entre los diferentes sistemas de salud.

Consecuentemente, la definición del rol del MAIS-FCI en el Sistema Nacional de Salud debería inscribirse en el marco de una alianza estratégica de carácter plurinacional e intercultural entre el Estado y los sistemas tradicionales de salud del Ecuador para garantizar los derechos de los comuneros.

Las líneas estratégicas para la definición del rol del MAIS-FCI en el SNS incluyen: a) el reconocimiento y fomento de los sistemas ancestrales de salud; b) el fomento de espacios y acciones de carácter intercultural entre los sistemas médicos ancestrales y el convencional; y c) la promoción y apoyo a otros modelos de atención de salud (Jambi Huasi).

#### **4.1.4.1 LÍNEA ESTRATÉGICA 1: FOMENTAR LOS SISTEMAS TRADICIONALES DE SALUD (PLURINACIONALIDAD)**

En el Ecuador, pese a considerarse un país plurinacional, multicultural y multiétnico, existe aún una enorme discriminación hacia las personas de las



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

nacionalidades, pueblos indígenas y afrodescendientes. En el caso del pueblo andino y montubio, la globalización y el mercado, no han contribuido en nada para frenar la discriminación histórica que ha sufrido, según Estermann (2008), estructuralmente en el caso de *“mujer campesina que soporta la discriminación y la marginación de manera triple: sexual, social y culturalmente”*. (SALAZAR, 2013)

Esta discriminación histórica hacia lo no-occidental, es una muestra fehaciente de la pretensión occidental de ser supra-cultural y hace que se discriminen los pensamientos, cosmovisiones y saberes de los pueblos indígenas. Es por eso que existe una deslegitimación y discriminación en nuestro país de los procesos de salud practicados por los pueblos y nacionalidades indígenas, muestra de ello, es constatar que a pesar de la densidad que representa la población indígena –sobre todo en lo rural-, existen pocos Centros de Salud que consideren en su funcionamiento la implementación de un modelo de salud intercultural atravesado o sostenido por actitudes basadas en un modelo de comunicación intercultural. (SALAZAR, 2013)

El INEC (2010), en su censo de población y vivienda, estableció mediante la ejecución de una pregunta, un mecanismo para determinar que los grupos étnicos existentes en Ecuador bajo este concepto son los siguientes:

- 71,9% de la población ecuatoriana se autocalifica como mestiza.
- 7.4% pueblo montubio.
- La población afroecuatoriana con el 7.2%.
- Población indígena, con un 7%.
- El 6.1% corresponde a la población que se autoconsidera “blanca”.

El reconocimiento de la plurinacionalidad plantea el reto de reconocer y organizar los sistemas tradicionales de salud comunitarios, es decir,



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

Escuela de Trabajo Social

Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

institucionalizar los componentes de estos sistemas que históricamente han actuado de acuerdo a sus formas consuetudinarias de funcionamiento social, simbólico y ritual, pero que no han sido formalmente reconocidos. En el aspecto integral de los centros rurales de salud, esto es de difícil planteamiento porque el personal no ha sido capacitado de forma idónea para efectuar este tipo de análisis e intervenciones sociales.

El fortalecimiento de los sistemas médicos tradicionales es una condición indispensable para que el diálogo intercultural que se requiere establecer entre sistemas de salud diversos se dé de manera horizontal y con equidad. Las acciones de fomento involucran primeramente el rescate, conocimiento y apoyo de los saberes y cosmovisiones en cuanto a salud: *“Hay que fortalecer los sistemas médicos tradicionales, no es solo curanderos o parteras por ahí y allá. Hay toda una cultura etnomédica. Hay poderosas redes shamánicas, hay saberes propios, que tienen variedad de agentes jerarquizados, con poderes diversos, especialistas como shamanes, desde la curación comunitaria. Existe un sustrato ideológico, hay una cosmovisión, hay una manera de entender el proceso de salud-enfermedad. Si yo rescato una partería, estoy rescatando sus agentes, pero tengo que rescatar su cosmovisión, la forma que curan, el buen comer, el buen pensar, el buen sentir, el buen hacer. Tengo que rescatar la complementariedad, la reciprocidad, sin reciprocidad no hay cultura.”* (MSP, 2012)

Tomando prestadas las nociones que utiliza la institucionalidad para definir el sistema de salud oficial, se pueden distinguir también en estos sistemas tradicionales de salud modelos de atención, que incluyen: tipo de relación entre los agentes tradicionales de salud y sus pacientes, saberes, prácticas, sistemas de creencias y ritualidad, etc. Además están organizados en una red de servicios públicos tradicionales/comunitarios



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

que ofrecen un conjunto de prestaciones ancestrales a la población. (MSP, 2012) De ahí que este proceso de institucionalización debe reconocer, respetar y fortalecer los modelos, servicios y prestaciones de salud tradicional, tal como lo plantea el MAIS-FCI.

Fortalecer los sistemas de salud tradicionales requiere de inversión y apoyo en la investigación de las prácticas de la medicina de salud ancestral, tanto para su rescate y desarrollo. Entre las medidas para el fortalecimiento de los roles tradicionales de las parteras, se han identificado, por ejemplo, el apoyo para mantener y producir huertos personales y comunitarios de plantas medicinales. Por ejemplo, los sistemas orales de comunicación o valores comunitarios como la reciprocidad y la solidaridad. (MSP, 2012) Esto se dificulta por el poco tiempo del que dispone el personal de la unidad operativa de salud para este tipo de programas más específicos y de tipo sociocultural.

Esta nueva institucionalidad debe cuidar que, tanto en el diseño como en la aplicación, se respeten y fomenten los sistemas de salud tradicional y las particularidades culturales locales. (MSP, 2012)

#### **4.1.4.2 LÍNEA ESTRATÉGICA 2: FOMENTAR LOS ESPACIOS Y LAS ACCIONES INTERCULTURALES ENTRE LOS SISTEMAS DE SALUD ANCESTRALES Y SISTEMA DE SALUD CONVENCIONAL (INTERCULTURALIDAD)**

Esta línea estratégica fundamental se refiere al reto de construir un Estado intercultural como lo prescribe la nueva Constitución Política del Ecuador. Esto es tremendamente difícil de ejecutar, puesto que el MAIS-FCI, a pesar de tener definidos sus procesos, se encuentra con realidades tan





**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
Escuela de Trabajo Social  
Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

disímiles en el entorno rural. Básicamente debe trabajar en la consolidación de modelos de salud intercultural en dos espacios diferentes: (MSP, 2012)

**a) En la comunidad:** Aunque en este espacio prevalecen los componentes y dinámicas de los sistemas tradicionales de salud fortalecidos e institucionalizados, es indispensable fortalecer los vínculos interculturales para garantizar los derechos en salud de las mujeres, niños, adultos mayores y hombres de estas comunidades, conducentes a la atención segura de las atenciones en las unidades rurales. Para este objetivo es necesario desarrollar otras políticas que fortalezcan los sistemas de comunicación y transporte comunitarios. En este proceso, los sistemas tradicionales de salud también se enriquecerán de los conocimientos y técnicas occidentales.

Otras iniciativas que también podrían desarrollarse en el marco de los modelos interculturales de salud a nivel comunitario tienen que ver con la elaboración de planes y estrategias conjuntas entre el personal médico y los agentes tradicionales de salud, para la consejería, promoción y prevención comunitaria en salud materna y neonatal, nutrición, violencia intrafamiliar, inmunización, etc., respetando los conocimientos ancestrales y valores comunitarios. (MSP, 2012)

Todas estas actividades deberán acordarse y coordinarse progresivamente con la institucionalidad en construcción de los sistemas tradicionales de salud, y deberán definirse en el marco del respeto y el diálogo de saberes a través de “talleres de intercambio continuo de conocimientos”, en los que se promueva la consecución de acuerdos locales interculturales que garanticen la sostenibilidad de las iniciativas. (MSP, 2012)



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

Otro asunto relevante tiene que ver con la posible incorporación a los sistemas tradicionales de salud de nuevos conocimientos, prácticas y tecnologías pertenecientes al sistema médico occidental. Esto deberá hacérselo respetando los derechos colectivos y como resultado de un proceso deliberativo y negociado con los Sistemas de Salud. Además se requerirá el consentimiento previo, libre e informado de los agentes tradicionales de salud y organizaciones comunitarias. Se valorarán, desde luego, los conocimientos respaldados por la investigación y los avances tecnológicos dirigidos a asegurar la vida de los pacientes. En los casos que sean necesarios se deberán realizar estudios e investigaciones de tipo cultural, y científico médicos previos, con la participación de los agentes tradicionales de salud, para garantizar que no se socaven los derechos colectivos. (MSP, 2012)

**b) En las unidades operativas:** Las comunas de Manglaralto son compuestas en su mayoría por personas pobres, pero que socioculturalmente son muy recíprocos ante la ayuda médica recibida. Ellos acuden a las unidades operativas para recibir atención, generalmente reactiva y no preventiva. Los sistemas tradicionales de salud deberán implementar también mecanismos participativos para el seguimiento y evaluación, incluyendo el rol de los comuneros en sus propios sistemas tradicionales de salud para fortalecer la prevención de enfermedades que fácilmente pueden ser evitadas desde sus hogares.

Este modelo intercultural de salud debería garantizar que los componentes del Sistema tradicional de salud y de la medicina tradicional puedan participar de forma inclusiva en las Unidades Operativas, en igualdad de condiciones (Saberes, tecnologías y prácticas terapéuticas y espirituales.) Bajo este marco se deben plantear las adecuaciones culturales en las unidades operativas. Al igual que los modelos de atención interculturales en la



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

comunidad, estas actividades deberían definirse en “Talleres de intercambio de conocimientos” con el propósito de llegar a consensos y permitir la sostenibilidad de cada una de las iniciativas. Otras medidas complementarias que podrían desarrollarse en las unidades operativas son la adecuación de huertos medicinales tradicionales e investigaciones conjuntas entre los sistemas tradicionales de salud y el Ministerio de Salud Pública en saberes ancestrales (coordinados con los programas de investigación definidos por los sistemas tradicionales de salud). Las investigaciones deben hacerse respetando los derechos colectivos. (MSP, 2012)

#### **4.1.4.3 LÍNEA ESTRATÉGICA 3: PROMOVER Y APOYAR OTROS MODELOS DE ATENCIÓN DE SALUD**

El MAIS-FCI es un modelo de estandarización de los procesos de salud en las comunidades, pero este no es único. Cada comunidad tiene sus particularidades geográficas y socioculturales. Este modelo de atención ofrece complementariamente prestaciones de la medicina tradicional y occidental, dirigidas a la población de las áreas urbanas y rurales perteneciente a los pueblos y nacionalidades del Ecuador, así como a la población mestiza que así lo requiera. En estos espacios pueden definirse estrategias múltiples, que ofrezcan la atención tradicional de las enfermedades o la atención intercultural (atención conjunta entre el sistema occidental de salud y los sistemas tradicionales de salud).

## **4.2 ANÁLISIS Y PROPUESTA DE AJUSTES POR PROCESOS**

Según la OMS en su *Informe sobre la salud, en el mundo* del año 2000, un sistema de salud “abarca todas las actividades cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud”. En el año 2007, en el *Marco de*



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

*Acción para el Fortalecimiento de los Sistemas de Salud*, este concepto evoluciona estableciéndose que “*un Sistema de Salud está formado por todas las organizaciones, personas, y acciones cuyo objetivo primordial es promover, restablecer o mantener la salud*”. En este contexto, sus objetivos fundamentales son mejorar la salud de la población a la que atiende, un financiamiento ecuánime, y mayor acceso y cobertura acorde a las expectativas de la población (OMS, 2000; OMS, 2007). El MAIS-FCI, es un modelo que parte de la ampliación del sistema de salud en el país. Sus procesos están enfocados hacia la completa cobertura en salud. Pero su implementación en estos dos años, ha sido compleja e insuficiente debido a la marginalidad en la estructura de las unidades operativas rurales y en la dotación de suficiente personal.

Para alcanzar estos objetivos planteados en el MAIS-FCI, el sistema de salud desempeña varias funciones, las cuales deben ejecutarse de forma plena para evitar los problemas actuales en la implementación (ver cuadro N° 55). La función primordial es su capacidad de gobernar, liderar o ejercer la rectoría en salud. Esta función se refiere al ejercicio de capacidades institucionales, responsabilidades y competencias para conducir, regular, e implementar decisiones y acciones públicas (OPS, 2004). Pero esta rectoría de los procesos se ve mermada por las distorsiones políticas existentes en la realidad social ecuatoriana. A medida que el nivel directivo se acerca a lo local, se ha ido perdiendo la razón técnica del manejo de los procesos.

Paralelamente a la función rectora, según la OMS (2007), el sistema de salud se enfoca en:

- Provisión de servicios: entrega efectiva, equitativa y de calidad de servicios de salud a la población.
- Financiamiento: generación de fondos adecuados para asegurar el acceso universal a servicios de la salud.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

- Gestión de personal sanitario: conducción y dirección de los proveedores de servicios y personal de salud.
- Generación de información: producción, análisis, difusión y uso de información de salud en el proceso de toma de decisiones en los diferentes niveles del sistema de salud.
- Gestión de productos médicos, vacunas y tecnología: distribución equitativa y racional de medicamentos esenciales, vacunas y tecnologías con seguridad, eficacia y costo-efectividad.

El marco legal ecuatoriano refleja la conceptualización del SNS y sus funciones en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (Losns). (MSP, 2012)

**CUADRO N° 55**  
**FUNCIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ECUATORIANO**

FUNCIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD				
RECTORÍA	COORDINACIÓN	PROVISIÓN DE SERVICIOS	ASEGURAMIENTO	FINANCIAMIENTO
El Estado garantizará 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.	Es la función del sistema que coordina el relacionamiento entre las demás funciones y entre los integrantes del Sistema. Su ejercicio es competencia del Ministerio de Salud Pública, en todos sus niveles, como autoridad sanitaria nacional, apoyado por los Consejos de Salud.	La provisión de servicios de salud es plural y con participación coordinada de las instituciones prestadoras. El Sistema establecerá los mecanismos para que las instituciones garanticen su operación en redes y aseguren la calidad, continuidad y complementariedad de la atención.	Es la garantía de acceso universal y equitativo de la población al Plan Integral de Salud en cumplimiento al derecho ciudadano a la protección social en salud. Se promoverá la ampliación de cobertura de salud de todas las entidades prestadoras de servicios y del Seguro General Obligatorio y Seguro Social Campesino, pertenecientes al IESS, de otros seguros públicos, como el Issfa e Isspol.	El financiamiento es la garantía de disponibilidad y sostenibilidad de los recursos financieros necesarios para la cobertura universal en salud de la población. El Consejo Nacional de Salud establecerá mecanismos que permitan la asignación equitativa y solidaria de los recursos financieros entre grupos sociales, provincias y cantones del país, así como su uso eficiente.
Constitución de la República del Ecuador Art. 361	Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud Art. 10	Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud Art.11	Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud Art.12	Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud Art.13

FUENTE: MSP, 2012

ELABORADO POR: Oscar Cerón Tatac

#### 4.2.1 PRIMER PROCESO: DIRECTRICES INSTITUCIONALES

La implementación de políticas públicas se inicia con el primer componente de la gestión, la dirección de la autoridad institucional. Los otros tres son la planificación técnica o control normativo, el financiero y el de recursos humanos. En el caso del Sistema Nacional de Salud (SNS), al Ministerio de



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

Salud Pública (MSP) le corresponde el rol de Autoridad Sanitaria y, en este caso, la dirección institucional pasa a un nivel más complejo, el del ejercicio de la rectoría, como función política. (HERMIDA BUSTOS, 2012)

Lo público, en el Ecuador, incluye a los actores del Estado y aquellos privados, con y sin fines de lucro, como complementarios. Todos ellos, coordinados hacia el fin común de la salud poblacional, es decir como un sistema, deben integrar la concepción de la Atención Primaria de Salud (APS) con los niveles hospitalarios. El MAIS-FCI, debe fortalecer el proceso comunitario de atención en salud, pero muchas veces las directrices organizacionales se quedan en simples postulados filosóficos, debido en gran parte al desconocimiento de la realidad operativa y social de las unidades operativas existentes en las zonas rurales, como en el caso de San Antonio y sus comunas anexas.

Los servicios clínicos, biomédicos o curativos, del dominio individual, se inician en aquellos ambulatorios del nivel local como “*puerta de entrada*” al sistema curativo que se continúa con los hospitales generales (nivel dos) y de especialidades (nivel tres). Pero además de atender las enfermedades, el sistema tiene que abordar lo preventivo y lo promocional de la APS, desde el nivel autosuficiente de lo local. Esta APS, que sufrió algunos desvíos como “*selectiva*”, también se superó con la “*innovada*” de la OPS, y se enriqueció volviéndose más integral, en el caso de los países andinos, con los aportes promocionales del buen vivir: la nutrición natural, el cuidado de la naturaleza y el agua, la libertad en el desarrollo de la sexualidad, el trabajo y el ejercicio físico saludable, los aspectos subjetivos y las responsabilidades del Estado. (HERMIDA BUSTOS, 2012)



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
Escuela de Trabajo Social  
Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

La concepción de salud como satisfacción de las necesidades humanas, entendidas como derechos, perfilan un nuevo paradigma de calidad de vida o buen vivir en los dominios individual-familiar, grupal cultural y social. Esta visión debe conceptualizarse en la implementación del MAIS-FCI de forma evidenciable. Exigiendo que los servicios estatales y complementarios atiendan, además de lo curativo, lo preventivo y promocional como nuevas políticas públicas, para las cuales es indispensable una rectoría consistente del MSP como autoridad sanitaria del SNS. Sin ese control, los procesos no serán efectivos en su aplicación programática en la realidad social y comunitaria.

Muchos de estos procesos dependen de un director provincial o un gerente. Quienes en determinadas ocasiones, desconocen los procesos técnicos o peor aún, no efectúan diagnósticos operativos y sociales adecuados para analizar el contexto comunitario. El componente de dirección o rectoría del SNS incluye el carisma de la persona que tiene que tomar las decisiones, particularmente para la coordinación interinstitucional, pues allí radica la capacidad de implementación de las políticas públicas, debido a que para ello están establecidas las normas y su control, los recursos financieros y la capacidad de los recursos humanos. (HERMIDA BUSTOS, 2012)

Si la gestión está en manos de un clínico, es probable que su planificación y su ejercicio político estén enfocados a los servicios hospitalarios curativos. Si está en manos de un administrador, en el gasto y el control de la eficiencia del personal, los equipos y los insumos. De lo que se trata es que la autoridad, cumpliendo con el principio de “participación”, consulte y escuche a los técnicos, comenzando por los de la propia institución, sobre sus planteamientos de políticas públicas de “salud”, es decir priorizando el enfoque de promoción y prevención en los niveles locales. De esta manera, los recursos financieros, así como el trabajo humano de todos los profesionales, se tornará integral al fortalecer la APS, para construir un verdadero SNS. Esta priorización, a su vez,



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
Escuela de Trabajo Social  
Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

estará sustentada en los valores de equidad, calidad y eficiencia. La equidad se refiere a la gratuidad en primer lugar y luego a la de etnia, género y generacional; comenzando por corregir las enormes brechas de inequidad en cuanto a la distribución de servicios y recursos. Lo mismo sucedería con los profesionales dentro de las diversas regiones del país. Es decir, aplicando el principio de desconcentración y descentralización. La calidad se refiere al cumplimiento de normas técnicas y administrativas para lograr los niveles de excelencia indispensables, y la eficiencia en el manejo cabal de los recursos financieros para evitar desperdicios y duplicaciones. La rectoría, entonces, requiere de una gestión firme sustentada en los componentes políticos, técnicos, económicos y de personal, en los principios de rectoría, participación y descentralización, en todos los niveles, y con los valores de equidad, calidad y eficiencia. (HERMIDA BUSTOS, 2012)

Es hora entonces de optimizar y aunar todos los esfuerzos y recursos institucionales del sector salud para una acción coordinada que potencie sus resultados, evitando duplicaciones innecesarias, por ejemplo: en las nuevas inversiones en infraestructura y equipamiento de los servicios del MSP se debe tomar en cuenta los planes de inversión de los otros proveedores en salud como el Seguro Social (IESS). Por ello, en el marco de un sistema, cada entidad funciona con nexos programáticos que orientan su accionar hacia una causa común mediante políticas, objetivos y metas compartidas para hacer realidad el acceso equitativo y universal a los bienes y servicios de salud, con especial énfasis en los grupos de atención prioritaria (niños, mujeres, tercera edad, discapacitados). (ECHEVERRÍA, 2012)

La propuesta de organizar un Sistema Nacional de Salud (SNS) no es nueva y ha sido una constante en las políticas de salud desde hace más de treinta años, presente en las campañas electorales y en casi todos los planes de gobierno, porque se considera que implica un cambio fundamental en las





**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

relaciones de poder del sector y un enfoque de solución a problemas de salud que, de otra manera, son siempre parciales, incompletos y pasajeros; pero, a pesar de reconocer su importancia, ya en el ejercicio del poder ha sido remplazada por medidas efectistas, de corto plazo, un poco "más de lo mismo" que, a la postre, han mantenido los problemas estructurales del sector sin modificación alguna. (ECHEVERRÍA, 2012)

**CUADRO Nº 56**  
**OBJETIVOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ECUATORIANO**

<p>Los objetivos del Sistema Nacional de Salud son:</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Garantizar el acceso equitativo y universal a servicios de atención integral de salud, a través del funcionamiento de una red de servicios de gestión desconcentrada y descentralizada.</li> <li>2. Proteger integralmente a las personas de los riesgos y daños a la salud; al medio ambiente de su deterioro o alteración.</li> <li>3. Generar entornos, estilos y condiciones de vida saludables.</li> <li>4. Promover la coordinación, la complementación y el desarrollo de las instituciones del sector.</li> <li>5. Incorporar la participación ciudadana en la planificación y veeduría en todos los niveles y ámbitos de acción del Sistema Nacional de Salud.</li> </ol>
---	--

**FUENTE:** MSP, 2012

**ELABORADO POR:** Oscar Cerón Tatac

Ahora, más allá de la mención constitucional y que en algunos discursos se alude al sistema en el Ecuador como si ya existiera, (lo que existe es un sector *salud* disperso), la construcción efectiva del SNS en nuestra realidad institucional sigue siendo un desafío político y técnico complejo debido tanto a los fuertes intereses que persisten en oposición a su conformación por considerar que el mismo afecta a autonomías institucionales, como a la desconfianza en la eficiencia y calidad en la gestión pública y su sostenibilidad financiera, pero que son superables cuando hay voluntad política para hacerlo. (ECHEVERRÍA, 2012)



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
Escuela de Trabajo Social  
Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

Se deben enfocar soluciones a los problemas de salud desde un Sistema de Salud, de forma clara y en relación a las necesidades estructurales de la comunidad y de sus actores principales. Fundamentalmente, se sugiere ejecutar las directrices organizacionales en función de las siguientes actividades:

1. Hacer efectivo el ejercicio del derecho a la salud (ciudadanos en salud), en términos de equidad e igualdad de condiciones para el acceso a los bienes y servicios, aboliendo las diferencias de acceso según diferencias sociales o económicas.
2. Aumentar la capacidad de regulación sectorial por parte de la Autoridad Sanitaria Nacional mediante la coordinación y articulación del sector salud para cohesionar las políticas y planes, así como las normativas comunes a todos los actores del sector.
3. Optimizar y hacer uso eficiente de los recursos, evitando la duplicación de inversiones en infraestructura, tecnología médica, adquisición de insumos, etc., entre las instituciones del sector y especialmente entre las dos más importantes instituciones del sector público (MSP e IESS).
4. Hacer posible la meta de cobertura universal potenciando las capacidades institucionales de todo el sector, mejorando el desempeño de los recursos humanos, aprovechando al máximo la infraestructura de atención disponible para todos.
5. Por último, el sector *salud*, organizado y funcionando como un sistema, se fortalece y potencia la interacción con otros sistemas o sectores del desarrollo nacional, ampliando su influencia en las políticas públicas y, en particular, asegurando su financiamiento.

En suma, en la coyuntura actual del Ecuador es necesario e imprescindible reposicionar en la agenda política nacional la necesidad de construcción



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

democrática y participativa del SNS basado en la atención primaria de la salud y su promoción, como una prioridad estratégica para superar la fragmentación institucional y la segmentación de los servicios y sus prácticas clientelares, causa de las inequidades y exclusiones sociales que afectan al derecho a la salud; con la clara convicción de que sólo esta perspectiva sistémica se constituiría en la verdadera solución estructural de los problemas de atención y a sus determinantes sociales. Es lo que se debe esperar de un Gobierno Revolucionario. Caso contrario, se habrá perdido, una vez más, una oportunidad histórica para el cambio real en el sector y para la salud pública del país. (ECHEVERRÍA, 2012)

#### **4.2.2 SEGUNDO PROCESO: PLANEAMIENTO Y PROGRAMACIÓN DESCENTRALIZADA Y PARTICIPATIVA**

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

Deben ser procesos que involucren a los actores institucionales y comunitarios en la identificación de problemas y necesidades, basada en información (diagnostico situacional y sistema de información integrado), con enfoque intersectorial, sustentada en consensos y compromisos para el logro de metas y resultados. (MSP, 2012)

La planificación debe también contemplar los presupuestos y recursos necesarios para el cumplimiento de los objetivos y metas. La planificación estratégica tiene un horizonte de largo plazo y permite construir la visión de lo que se quiere alcanzar para el sector tanto a nivel nacional como territorial.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
Escuela de Trabajo Social  
Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

En cada nivel de gestión se debe elaborar el plan estratégico de acuerdo a las directrices y metodología de la Autoridad Sanitaria Nacional, enmarcados en el Plan Nacional del Buen Vivir y estrategias nacionales, estos planes son los que alimentan y permiten construir el Plan Nacional del sector. Su implementación es progresiva a través de programas, proyectos y planes de acción de mediano y corto plazo orientados al logro de resultados de impacto social. (MSP, 2012)

La programación operativa está incluida en la planificación estratégica; permite la organización sistemática y ordenada de actividades y recursos en función del cumplimiento de objetivos y metas del plan, en tiempos definidos. El plan debe contemplar los objetivos, las estrategias que van a permitir el cumplimiento de los objetivos, las metas cuantificables, las actividades y recursos necesarios, cronograma y responsables.

Estas herramientas serán elaboradas en los distintos niveles según normativa del MSP dadas por la Coordinación Nacional de Planificación del MSP (Utilizar matrices de SENPLADES). El responsable a nivel Zonal es el equipo de planificación, quien coordinará con el responsable zonal del departamento financiero, el coordinador de planificación (de cada provincia) y el subdirector técnico a nivel distrital. Las unidades operativas entregarán los insumos al subdirector técnico para complementar el POA. (MSP, 2012)

#### **4.2.2.1 PLANEAMIENTO EN BASE A LA OFERTA Y DEMANDA**

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en su calidad de Autoridad Sanitaria Nacional, en el marco de la estructuración del Sistema Nacional de Salud (SNS), establece los lineamientos y herramientas del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS-FC) con enfoque familiar, comunitario, de género e intercultural, para su aplicación por las instituciones del sector salud público y privado a nivel nacional. (MSP, 2012)



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
Escuela de Trabajo Social  
Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

En Ecuador, el instrumento de política pública que plantea los objetivos de desarrollo y define las líneas generales de política de Estado es el Plan Nacional para el Buen Vivir (PNBV). Entre los principales lineamientos se destacan: el fortalecimiento de la participación ciudadana en el proceso democrático; la promoción de transparencia, rendición de cuentas, y control social aplicado a la gestión pública; la democratización del acceso a servicios básicos fundamentales y diversificación de la matriz productiva; la garantía a derechos fundamentales a través del aumento de inversión social; y finalmente, la Integración latinoamericana (SENPLADES, 2009).

Estos lineamientos constituyen el contexto en el cual se plantea el objetivo N.º 3 del PNBV, el cual busca mejorar la calidad de vida de la población. Una de sus metas específicas dentro de este objetivo es mejorar el funcionamiento de los servicios de salud pública (SENPLADES, 2009), por lo que podemos afirmar que la mejora en la gestión del SNS forma parte de la agenda nacional.

La Constitución de la República, por su parte, reconoce el rol del SNS como mecanismo para garantizar el derecho a la salud en varias dimensiones. La misma establece al SNS como un colectivo institucional que busca garantizar la promoción, prevención, recuperación, y atención integral comunitaria; promover mecanismos de articulación en los diferentes niveles de atención; propiciar la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas; y, promover instancias de participación ciudadana y control social referente a temas de salud. (MSP, 2012)

El sector salud contempla dos grandes elementos interrelacionados, uno es la OFERTA, vinculado a la disponibilidad de servicios integrales de salud y el otro



## PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

Escuela de Trabajo Social

Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

es el de DEMANDA, vinculado a las necesidades, accesibilidad y utilización de estos por la población. (MSP, 2012) Como se pudo observar en el caso de la Unidad Operativa San Antonio, la población anexa es de alrededor de 5000 personas, las cuales reciben atención médica en función de los distintos programas que se pueden implementar, pese a la dificultad en el manejo de los recursos.

La OFERTA de salud está constituida por los sistemas: Occidental (El sistema médico se concibe como un conjunto más o menos organizado, coherente y estratificado de agentes terapéuticos, modelos explicativos de salud-enfermedad, prácticos y tecnologías al servicio de la salud individual y colectiva. La forma en que estos elementos se organizan internamente, otorgando coherencia al sistema depende del modelo sociocultural en que se desarrolla la medicina. En consecuencia las medicinas son construcciones culturales que responden a necesidades de un entorno social específico), Ancestral, y de las Terapias Alternativas o Complementarias (Reconocidos legalmente en la Constitución de la República Ecuatoriana vigente y en la Ley Orgánica de la Salud).

La DEMANDA de salud de la población se estructura en el marco de los determinantes sociales, económicos, culturales, políticos, territoriales y así como las relaciones de género, el momento del ciclo vital, la diversidad étnica, que configuran necesidades y potencialidades particulares para el cuidado de la salud, las cuales deben ser tomadas en cuenta al momento de desarrollar estrategias y acciones operativas. (MSP, 2012)

La descripción de la implementación del MAIS-FCI abre un nuevo espacio de interacción y debate ya que ofrece una plataforma que permite discutir el papel del gobierno para hacer frente a los asuntos públicos y, al mismo tiempo, proponer la contribución de otros actores de la esfera pública. Ante lo cual, es



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

necesario formular observaciones que fomenten una mejor interrelación entre los procesos técnicos y la planificación intersectorial para la efectiva aplicación de este modelo de salud:

- Una visión estratégica para el SNS, sugiere la necesidad fundamental de delinear estrategias nacionales de planificación y gestión con miras al largo plazo. La respuesta a situaciones desafíos coyunturales (por ejemplo: Decretos de emergencia) es una solución en el corto plazo, sin embargo, es restrictiva para la formulación e implementación de políticas públicas eficientes y alineadas al futuro.
- La normativa actual establece el fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria Nacional como una prioridad dentro del Sistema Nacional de Salud. En la práctica únicamente se registran mecanismos, programas o proyectos limitados que, en efecto, consideran la necesidad de fortificar el rol del Ministerio de Salud como entidad rectora del SNS. El débil rol del MSP como regulador y rector sectorial (MSP, 2007) sugiere la necesidad de promover una verdadera modernización de la gestión del MSP, no únicamente en cuanto a la modernización del modelo de gestión sino que, además, se debe progresar en la definición de políticas, normalización, regulación y control de todas las actividades relacionadas con la salud.
- La necesidad de promover mecanismos de articulación y coordinación entre los integrantes del sistema de salud, es imperativa para disminuir la fragmentación del actual sistema.
- La construcción de la red pública integral de salud, debe reconocerse entre los actores del sistema como una de las estrategias de implementación a vigorizar. (MSP, 2012)



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

#### **4.2.2.2 PROGRAMACIÓN DESCENTRALIZADA Y PARTICIPATIVA**

La implementación del MAIS-FCI, debe responder a las demandas y expectativas de la población a nivel territorial y articular las políticas, lineamientos estratégicos y normativa nacional, adaptándolos a la realidad local. El caso de la Unidad Operativa San Antonio, es en parte excepcional, puesto que se implementan muchos programas que otras unidades de salud no lo hacen por una mayor desorganización y vinculación con las comunidades anexas.

Constituye el punto de encuentro entre la población y el sistema de salud. Éste se ubica en los Distritos de Salud y es el centro de la red integral y la puerta de entrada al sistema de salud. Por su contacto directo con la comunidad, debe cubrir a toda la población y resolver las necesidades básicas y más frecuentes. (MSP, 2012)

El modelo de atención se desarrolla en LOS TRES NIVELES DE ATENCION como un proceso planificado y organizado que permite articular cuatro elementos:

- La DEMANDA en salud de la comunidad,
- La EXPERIENCIA y el CONOCIMIENTO de la realidad del área geográfica – poblacional, epidemiológica que poseen los equipos de salud,
- Las NORMAS , PROTOCOLOS de atención vigentes y
- Los PROGRAMAS SOCIALES Y DE SALUD impulsados desde varios sectores como: Inclusión Económica y Social, Educación, Vivienda, Atención a las Discapacidades, entre otros. (MSP, 2012)





**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

Para esto se requiere implementar los enfoques Familiar, Comunitario, Intercultural, de Género y Generacional del Modelo que se expresan en normas, procedimientos y herramientas que los equipos de salud deben aplicar para brindar una atención integral y de calidad.

Por otro lado, el nivel local constituye un espacio privilegiado para acciones intersectoriales y la participación comunitaria, para intervenir sobre los determinantes de la salud, identificando y controlando los factores de riesgo y potenciando los procesos protectores de la salud, en función de lograr comunidades saludables y el mejoramiento de la calidad de vida de la población. (MSP, 2012)

La Implementación del MAIS-FCI a nivel de la red zonal y distrital requiere de un conjunto de acciones específicas, procesos e instrumentos que operando coherentemente mejoran la calidad de los servicios, garantizan la continuidad de la atención, incrementan la participación ciudadana sobre las decisiones y acciones que afectan su salud, optimizan la utilización de los recursos y suplen de mejor forma las necesidades de salud. (MSP, 2012)

El MAIS-FCI se orienta a garantizar de manera progresiva el acceso universal a una atención integral, centrada en las personas, la familia y la comunidad, promoviendo el pleno ejercicio de los derechos y responsabilidades en salud.

La normativa de la Autoridad Sanitaria Nacional, define para las unidades de los tres niveles de atención el área geográfica y asigna la población de acuerdo a los siguientes criterios:

- Ubicación urbana o rural.
- Concentración de la población.
- Accesibilidad geográfica, cultural, funcional.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

A nivel distrital y circuitos los planes de salud deben articular intervenciones estratégicas y operativas que se requieren para mantener la coherencia y correspondencia entre la gestión y la atención Integral e integrada de salud, deben ser concebidos como un proceso continuo que se adecúa y reajusta permanentemente de acuerdo a la realidad local. (MSP, 2012)

Las Zonas y Distritos para realizar las acciones antes indicadas deberán cumplir las siguientes fases de planificación, organización y ejecución:

1. Planeamiento y Programación para lo cual realizarán las siguientes actividades según normas indicadas por el MSP:

- a. Planes Estratégicos
- b. Diagnostico situacional
- c. Planes de acción
- d. Proyectos de salud
- e. Sala situacional

Todo lo descrito anteriormente no se cumple de forma técnica o relativa, puesto que existen muchos desfases en la implementación de los procesos de salud por la problemática ya especificada. Se plantea tomar en cuenta los siguientes aspectos técnicos a ser considerados para mejorar la programación y participación de los actores técnicos y sociales en el MAIS-FCI:

- Las Direcciones de los Distritos organizarán y establecerán estrategias de trabajo, de tal manera que las actividades regulares de los equipos integrales de salud no se vean afectadas y se asegure la permanencia en sus zonas de cobertura para garantizar el cumplimiento de metas y objetivos en los tiempos estipulados.



## PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

Escuela de Trabajo Social

Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

- El Equipo Integral de Salud laborará en coherencia y correspondencia a la dinámica de la población adscrita, para el efecto la Dirección de Distrito organizará los servicios con el fin de satisfacer las necesidades de la población en relación a horarios, adecuación cultural, entre otros.
- Los equipos de salud recibirán por lo menos tres asesorías al año (capacitación en servicio), estas deben ser integrales, es decir, se hará seguimiento a la implementación del Modelo así como la aplicación de las normas de atención. Una primera para realizar el diagnóstico y generar compromisos, una segunda para verificar el cumplimiento de los compromisos y realizar ajustes de ser necesarios y la tercera para evaluar resultados institucionales y de impacto social.
- Se formará a Técnicos de Atención Primaria en Salud-TAPS que apoyarán e integrarán el equipo integral de salud con personas de la comunidad, los mismos que desarrollaran actividades de promoción de la salud, prevención de las enfermedades o complicaciones y notificará al equipo cuando determine un riesgo potencial.
- Formación de profesionales de la salud “in situ” en especialistas de Medicina Familiar y Comunitario, con el fin de mejorar su capacidad resolutive en el primer nivel de atención y mejorar las condiciones de salud de la población.
- Las direcciones distritales serán las responsables de planificar y dar todas las facilidades logísticas, materiales, insumos que necesiten los equipos integrales de salud para el desarrollo de sus actividades tanto intramural como extramurales previamente planificadas en el POA de la unidad operativa.
- Todo el personal que conforme el equipo integral de salud deberá tener un perfil óptimo del desempeño que integre actividades de promoción, prevención, curación, rehabilitación, cuidados paliativos, cuya evaluación cuantitativa y cualitativa, deberá corresponder a un contexto en particular. La evaluación del desempeño de los equipos de salud será en



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

función del cumplimiento de resultados de efecto institucional y resultados de impacto social.

- Las actividades y metas propuestas deben corresponder con las inscritas en los proyectos locales de salud, que como proceso de corto, mediano y largo plazo deberán contribuir a generar Resultados de Impacto Social.
- La Gestión y facilitación de recursos para las unidades de salud deberán tener en cuenta la tipología, así como el acceso a estas unidades. (priorizar las que se tienen que acceder por vía aérea, fluvial, trochas).
- El número de equipos asignados a una localidad así como su carga horaria de trabajo en las unidades deberán contar con incentivos que garanticen la permanencia del personal en unidades más lejanas y de difícil acceso.
- De igual manera, se entregarán mecanismos de incentivos como producto de una efectiva gestión distrital, que garantice la permanencia del personal y la sostenibilidad del modelo
- La asignación de equipos integrales de salud en cada distrito considerará la mayor población prioritaria (pobreza, condición epidemiológica, emergencias, desastres naturales), dando prioridad al sector rural y las parroquias según líneas de pobreza del país.
- El equipo integral de salud deberá tener habilidades en el plano cultural que le permita complementarse con los recursos humanos de la medicina ancestral y alternativa. (MSP, 2012)

#### **4.2.3 TERCER PROCESO: PROGRAMACIÓN INTEGRAL DE LAS PRESTACIONES Y COMPROMISOS DE GESTIÓN**

En el aspecto de Programación integral de las prestaciones por ciclos de vida aplicando las normas y protocolos del MSP y articulando con los programas de salud, se pudo determinar que existen muchas falencias al momento de



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

ejecutar los procesos y programas establecidos en el MAIS-FCI dentro de la unidad operativa de salud rural. Dichos procesos son los siguientes:

- a. Elaboración de planes con equipos integrales de salud de los tres niveles de atención.
- b. Consolidación del Plan Local Integral de Salud (PLIS).
- c. Cálculo de medicamentos e insumos.
- d. Presupuestos.

Y en el caso de los Compromisos de gestión, se pueden establecer de forma específica algunas metas y compromisos definidos por unidad operativa de los tres niveles de atención. En la Unidad Operativa de Salud San Antonio, dicha planificación se la hace de forma mensual, pero está limitada a la ejecución de ciertos programas y no de toda la gama de actividades descritas en el modelo de salud.

#### **4.2.3.1 PROGRAMAS Y PRESTACIONES**

El acceso a los servicios de salud en el Ecuador ha mejorado en los últimos años (duplicación de consultas médicas entre 2006 y 2010), explicado en buena medida por la política de gratuidad de los servicios estatales de salud iniciada en 2007 y por el incremento sustantivo del presupuesto para el Ministerio de Salud Pública, que han permitido mejorar la infraestructura y oferta de los servicios públicos de salud. (ECHEVERRÍA, 2012)

Sin embargo, la “sobredemanda” de estos servicios visibilizada sobre todo a nivel hospitalario, ha desnudado los tradicionales problemas de organización y gestión evidenciando graves dificultades para satisfacer con equidad, suficiencia y calidad las demandas de atención de la población; debido básicamente a que las inversiones realizadas han estado orientadas



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
Escuela de Trabajo Social  
Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

fundamentalmente a propiciar un modelo curativo y hospitalario de alta tecnología, relegando la atención primaria, la prevención y promoción de la salud, y sin considerar las potencialidades de una acción coordinada del sector salud en su conjunto. (ECHEVERRÍA, 2012)

Esta situación, aunque reconocida tardíamente, ha incidido para que en el año 2012 se replanteen en el MSP las prioridades, entre ellas, la de fortalecer la inversión en los niveles de atención primaria mediante la construcción y equipamiento de centros y subcentros de salud, la capacitación masiva de recursos comunitarios como tecnólogos en APS (TAPS), y la utilización de sistemas informáticos para mejorar la asignación de turnos y el manejo gerencial de las unidades operativas, entre otras. Medidas que hasta la actualidad (2014), no han sido implementadas del todo por el alto costo en inversiones.

Si bien estas medidas podrían ayudar a contener parcialmente la presión de la demanda hospitalaria y mejorar algunas coberturas de atención en los servicios del MSP, aun siendo necesarias no son suficientes para controlar los desequilibrios estructurales de la oferta y demanda en salud relacionados con la excesiva “*fragmentación*” del sector donde cada entidad de provisión de servicios funciona con sus propias reglas y sin coordinación, y con la “*segmentación*” en el acceso a los servicios basada en “*clientelas diferenciadas*” según la situación socioeconómica de los usuarios, lo que, además, contradice el derecho ciudadano igualitario a la atención de salud garantizado en nuestra Constitución. (ECHEVERRÍA, 2012)

En este sentido, es evidente que se debe abordar esta problemática desde la perspectiva sistémica para identificar soluciones más integrales y efectivas, a través de una política radical como es la organización del Sistema Nacional de Salud establecido en la normativa Constitucional vigente (Artículos N.º 358,



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

359) empezando con la concreción de la Red Pública Integral (Artículo N.º 360) situación totalmente inaplazable. (ECHEVERRÍA, 2012)

Los servicios de salud desempeñan un papel fundamental para el desarrollo de una sociedad. Una adecuada distribución de estos servicios reduciría las injusticias sociales locales, nacionales y mundiales (SENPLADES, 2009). En este contexto, según BRAVEMAN (1999), la equidad se define como la ausencia de disparidades, tanto en los resultados de salud como en sus determinantes socioeconómicos. En Ecuador, los indicadores de salud muestran importantes inequidades relacionadas al nivel de ingreso, grado de instrucción, grupo étnico y ámbito geográfico (SENPLADES, 2007). En la Constitución de la República uno de los principios mencionados para el SNS es la inclusión y equidad social. La respuesta gubernamental frente a la inequidad se ve traducida en el planteamiento en varios instrumentos legales y de planificación de carácter nacional que buscan reproducir el principio de equidad en la provisión y financiamiento de servicios de salud.

El PNBV en su política 1.3 establece que a través de la ampliación de la cobertura de servicios públicos y programas de inclusión social y económica, con énfasis en pueblos y nacionalidades, poblaciones rurales, urbano marginales y franja fronteriza, se busca generar condiciones de equidad. La política 3.3 del PNBV y, paralelamente, la Agenda Social referente al sector de salud establecen la garantía a la atención integral por ciclos de vida con un enfoque de calidad, calidez, excelencia, eficiencia y equidad (SENPLADES, 2009; MCDS, 2010).

En cuanto al marco normativo específico del sector, tanto la Ley Orgánica de Salud, como la Ley Orgánica del Sistema de Salud adoptan principios relacionados a la promoción de salud equitativa. De hecho, uno de los objetivos



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
Escuela de Trabajo Social  
Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

del SNS se enmarca en la garantía al acceso equitativo y universal a servicios de atención integral (LOSNS, 2002).

En términos de la implementación de dicho principio, a nivel nacional se han establecido mecanismos de protección social promovidos por el MSP y el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES). Por parte del MSP, la Subsecretaría de Extensión para la Protección Social busca reducir las inequidades en salud teniendo como prioridad a la población más vulnerable.

Para alcanzar este objetivo se promueve la ejecución del Modelo de Atención Integral en Salud, Familiar Comunitario e Intercultural; la atención de enfermedades catastróficas; campañas de solidaridad; el Plan Visión Ecuador; y la Red Pública Integral de Salud (MSP, 2011).

El Ministerio de Inclusión Económica y Social, por su parte, promueve el Programa de Protección Social (PPS) cuya finalidad es administrar y transferir subsidios focalizados para el desarrollo de proyectos de compensación social dirigidos a aquellos sectores y grupos poblacionales mayormente vulnerables (MIES, 2011). El Bono de Desarrollo Humano (BDH), una transferencia condicionada mensual a hogares en condiciones de vulnerabilidad, es el principal mecanismo de protección social a nivel nacional. El Bono de Desarrollo Humano se considera una transferencia condicionada e implica que los hijos entre 0 y 5 años de las beneficiarias asistan a controles preventivos de salud y que los hijos de entre 5 y 18 años sean matriculados en escuelas y colegios. Se estima que el 12% de la población ecuatoriana (1 172 118 habitantes) son beneficiarios. Las provincias con mayor número de favorecidos corresponde a: Guayas (22%), Manabí (14%) y los Ríos (8%).

También dentro del MIES, la Red de Protección Solidaria tiene el fin de proveer financiamiento para el tratamiento de personas que tienen una enfermedad





**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

catastrófica. Se registran 8235 casos atendidos en el 2010 a nivel nacional. Las principales patologías atendidas corresponden a cáncer y malformaciones de corazón. De éstos, las provincias con mayor número de casos atendidos son: Guayas (34%), Pichincha (21%) y Manabí (7%) (MIES, 2010).

A continuación, se puede observar un cuadro con los diferentes programas y actividades que el MSP recomienda implementar en el MAIS-FCI, dentro de las unidades operativas de salud. En el caso de San Antonio, de los 18 programas planteados, solo se pudieron ejecutar 12 (**Ver CAPÍTULO III**).

**CUADRO Nº 57**  
**PROGRAMAS DE INVERSIÓN MSP**

Garantizar la atención integral de salud gratuita y oportuna para los usuarios en cada ciclo de vida	Programa de Extensión de la Protección Social en Salud Ciclos de Vida – Atención Integral a la Infancia Ciclos de Vida – Atención Integral a la Adolescencia Ciclos de Vida – Salud Sexual y Reproductiva Ciclos de Vida – Atención Integral al Adulto Mayor Ciclos de Vida- Atención Integral de Enfermedades Crónicas no Transmisibles Fortalecimiento de Infraestructura y Equipamiento de las Unidades de Salud Salud Intercultural – Fortalecimiento de los Sistemas Médicos Diversos Desarrollo de la ciencia y Tecnología en Salud
Fortalecer la prevención, el control y la vigilancia de la enfermedad	Implementación del Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiológica SVE Programa Ampliado de Inmunizaciones Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Inmunoprevenibles Programa Nacional de VIH/SIDA Plan Nacional de Control de la Tuberculosis Control de Enfermedades Zoonóticas
Fomentar entornos saludables, promoviendo prácticas de vida saludables en la población y manteniendo estricta vigilancia de los productos de consumo humano	Alimentación y Nutrición Prevención de Enfermedades Transmitidas por Vectores Salud Ambiental

FUENTE: MSP, 2012

ELABORADO POR: Oscar Cerón Tatac

Para aquellos encargados de tomar decisiones en salud pública, la efectividad y la eficiencia son criterios de evaluación económica que determinan la distribución de recursos financieros entre diferentes tipos o cargas de morbilidad y mortalidad. Las evaluaciones económicas de intervenciones de salud son entonces herramientas de análisis que tienen por objeto ayudar a aquellos que diseñan políticas públicas en beneficio de la mayoría de la población.



## PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

Escuela de Trabajo Social

Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

En términos generales, las evaluaciones económicas incluyen la identificación, medición y valoración de mejoras en la salud en relación a los costos financieros. Estos costos pueden estar directamente relacionados a gastos de implementación de una intervención, como también a la pérdida económica debido a la carga de morbilidad y mortalidad de una condición en particular.

Tradicionalmente, hay tres tipos de evaluaciones económicas: estudios de costo-efectividad, estudios de costo-utilidad, y estudios de costo-beneficio (HADDIX, TEUTSCH Y CORSO, 2003). Las diferencias metodológicas entre los tres tipos de evaluación radican en la metodología y se resumen en:

- 1) Cómo se mide y valora las mejoras de salud a nivel individual y poblacional.
- 2)Cuál es la intención y utilidad de la evaluación. La siguiente sección describirá brevemente cada una de las evaluaciones económicas.

**EVALUACIÓN ECONÓMICA DE COSTO-EFECTIVIDAD:** En este tipo de evaluación económica, la mejora en salud (beneficio) se mide en unidades naturales o únicas, ejemplo: reducción de la mortalidad y aumento de años de vida. Mientras tanto, los costos y otras consecuencias se miden en términos monetarios.

**EVALUACIÓN ECONÓMICA DE COSTO-UTILIDAD:** Evaluaciones de costo-utilidad identifican, miden y valoran los beneficios para la salud como una extensión de la vida y las mejoras a la calidad de vida, para luego compararlos con los costos en términos monetarios. La mayoría de estudios de costo-utilidad utilizan años de vida ajustados por calidad (QALYs) para medir la ganancia en salud.



## PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

Escuela de Trabajo Social

Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

**EVALUACIÓN DE COSTO-BENEFICIO:** Los análisis de costo-beneficio (ACB) miden todos los beneficios individuales en términos monetarios. Esto significa que todos los costos y las consecuencias se miden en las mismas unidades. El método de ACB es útil cuando hay una amplia gama de diversos resultados (tanto en la salud y no de salud) asociados con los tratamientos que están siendo evaluados. Sin embargo, la medición de las ganancias en salud en términos monetarios puede ser problemática. Por ejemplo, las estimaciones del mercado sobre el valor de la vida se basan en la pérdida de ingresos (o salarios). No obstante, este método subestima algunos grupos de la sociedad, especialmente a las personas mayores y más pobres; en estos casos el valor de las vidas vale menos que la de una persona con mayores ingresos (LANDEFELD & SESKIN, 1982). Los términos efectividad y eficiencia se utilizan en varios contextos y por distintas disciplinas, cuando aplicadas a inversiones de salud se utilizan como un criterio para medir prevención, mejoras a la salud, mejoras a la calidad de vida o medir cuántas vidas se pueden salvar.

### 4.2.3.2 COMPROMISOS DE GESTIÓN

Según la Ley del SNS, se plantea que no se diferenciarán pobres (ni “*subsidiados*” ni “*focalizados*”, pero sí priorizados) de no pobres, sino que las atenciones y los servicios se proveerán con un criterio de equidad y con el concepto integral de salud. Es decir, los y las ciudadanas serán atendidas por una red de servicios que incluyen, tanto la atención primaria de salud pública, como los servicios hospitalarios (individuales y curativos), de acuerdo a las disponibilidades y sin “paquetes” especiales para los más pobres. Los hospitales no serán autónomos sino que se constituirán en nodos de las redes interinstitucionales. (OPS, 2007)



## PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

Escuela de Trabajo Social

Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

Desde luego, en la historia del país y en la situación actual, siempre coexistieron los intereses públicos junto con los privados, de tal modo que su coordinación no es nueva (OPS/OMS, 2002). Pero sí resulta crucial diferenciar los niveles del Estado en los que se puede realizar esta coordinación.

La equidad se garantiza mediante el acceso universal financiado por todas las instituciones, con el concepto integral de salud servido por las redes, dentro de un sistema descentralizado pero con la rectoría del Estado mediante el Ministerio de Salud Pública. Se espera que estos procesos de salud contribuyan a la estabilidad política, económica y social del país, fortaleciendo las instituciones sectoriales, legitimando la más importante disposición jurídica requerida por la Constitución y propiciando un esfuerzo mancomunado por una nueva construcción nacional que parta de los análisis ponderados y de consensos. Se espera que este esfuerzo termine con los conflictos que detienen el trabajo y la producción de los servicios y permita una mejor gobernabilidad al existir una política de Estado, dando continuidad al proceso iniciado. (MSP, 2012)

Se pueden determinar los siguientes postulados y recomendaciones prácticas:

- El principio de equidad e inclusión con respecto a servicios de salud, está claramente establecido en la normativa constitucional y sectorial. Los recientes esfuerzos gubernamentales de promover acceso equitativo y universal en salud se ven reflejados, a modo global, en estadísticas particulares como el aumento del número de consultas en el sub sistema público (SENPLADES, 2011). Sin embargo, aún persisten grandes desafíos en cuanto a brechas de acceso a servicios de salud entre la población, relacionadas al nivel de ingreso, grado de instrucción, grupo étnico y ámbito geográfico.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

- Por parte del Ministerio de Salud Pública existen mecanismos transversales, y directos de protección social. Una de las principales estrategias para acercar la atención de salud a áreas geográficas de limitado acceso es la implementación del MAIS-FCI, de manera particular, el uso del concepto de Atención Primaria en Salud a través de los EBAS. Así, la territorialización de la atención en salud se delinea como una necesidad para alcanzar el objetivo de provisión equitativo a nivel nacional.
- En cuanto a disparidades en la distribución de infraestructura y recursos humanos en áreas rurales versus urbanas, por parte de MSP se evidencian ensayos de consolidación de indicadores para la ubicación de zonas en donde las unidades de salud son deficitarias o no cubren las necesidades poblacionales. Así, se estima que un correcto análisis de la distribución geográfica de las unidades de salud con respecto a las necesidades nacionales, podría potencialmente aportar a una mejora en el acceso a servicios a nivel territorial en el primer, segundo y tercer nivel de atención.
- La promoción de programas sociales por parte del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) constituye un instrumento meritorio para promover el principio de equidad en la población ecuatoriana en situación de vulnerabilidad. De forma particular, para asegurar el uso correcto del Bono de Desarrollo Humano con respecto a la atención de salud infantil, es necesario enfatizar en el monitoreo oficial de la corresponsabilidad de las familias beneficiadas en el uso de esta transferencia. (MSP, 2012)

Otro esquema parte desde el análisis de la respuesta institucional ante la problemática surgida en la deficiente implementación del MAIS-FCI en las unidades operativas, para lo cual se sugiere lo siguiente:



## PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

Escuela de Trabajo Social

Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

- La capacidad de respuesta vista en términos de calidad en la provisión de servicios por parte de las entidades de servicios públicos de salud es relativamente exigua frente a las necesidades poblacionales. Así surge el desafío de mejorar la calidad de los servicios sociales y, de manera particular, los servicios de salud.
- Se requiere mejorar el funcionamiento y gestión de las instituciones públicas del sector de salud de manera que respondan a las necesidades clínicas y no clínicas de la población. La correcta implementación del MAIS-FCI, y particularmente, de la Red Pública Integral a nivel nacional y local es prioritaria para delinear la correcta oferta de servicios en el primer, segundo, y tercer nivel de atención de salud.
- La mejora en la respuesta institucional de los servicios de salud pública será un proceso que involucra tanto hacedores de política pública, funcionarios públicos del sector y usuarios. Frente a este escenario surge el reto de consolidar un sistema continuo de evaluación de la calidad de los servicios de salud. Para contar con una herramienta que revele tanto avances como retrocesos en la implementación de políticas públicas, y las fortalezas y debilidades en la atención al usuario. (MSP, 2012)

### **4.2.4 CUARTO PROCESO: SUPERVISIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN**

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



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

---

"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

prestación de servicios y al mejoramiento de la calidad de la atención. (MSP, 2012)

En cada nivel de atención se estructuran equipos de supervisión, quienes responden a un plan de trabajo, productos y resultados. En la Unidad Operativa San Antonio, este grupo está compuesto de 6 personas, entre personal médico, paramédico y auxiliar.

Se orienta a la verificación de avances y cumplimiento de actividades y metas, así como la identificación, análisis y resolución oportuna de problemas. El sistema de monitoreo y evaluación contempla los siguientes aspectos, de los cuales, no todos se ejecutan de la forma adecuada:

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

Los procesos de monitoreo contarán con insumos del Sistema de Información Único e Integrado que proveerá información estratégica, de metas operacionales y presupuestales para la toma de decisiones en los niveles correspondientes. Los procesos de evaluación deben ser periódicos, sistemáticos y orientados al análisis de la pertinencia, suficiencia, eficiencia, efectividad, eficacia e impacto de las acciones en función de los objetivos y resultados. (MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE PERÚ, 2005)

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



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

social. Todos los niveles deben implementar procesos anuales de rendición de cuentas. Se recomienda el uso de la ficha que se muestra a continuación.

**CUADRO Nº 58**  
**GUÍA DE SUPERVISIÓN MSP**

Guía de Supervisión  
 Para el Nivel

Distrito:  
 Unidad de Salud:  
 Responsable de la supervisión:  
 Fecha de la supervisión:

Actividades	SI	NO	Técnica
Dispone de un comité local de salud			Verifique actas de reunión, resoluciones y cumplimiento de compromisos.
El comité está trabajando en la implementación de las intervenciones para controlar los problemas de su comunidad			Verifique plan de trabajo y ejecución de actividades.
El equipo dispone de un diagnóstico situacional actualizado y consensado con la comunidad			Revise el diagnóstico y verifique fuentes de información y si se construyó con la comunidad.
Mapa parlante actualizado			Revise que el mapa cumpla con lo normado, responde a los límites asignados, tiene zonas priorizadas. Escoja al azar un grupo de 10 fichas familiares y verifiquen si

			están ubicadas las familias en el mapa
Sala situacional actualizada			Verifique información de diagnóstico situacional, coberturas concentraciones que este actualizado. Toman decisiones en función de información,( visualizados a través de cuadros o gráficos elaborados)
Implementación de intervenciones en función de los proyectos definidos en el distrito.			Verifique avances de las actividades en relación a los proyectos de distrito y determine el avance de las actividades
Fichas familiares aplicadas			Verifique si el llenado cumple con la normativa Escoja 10 fichas familiares al azar y analicelas
Planificación de actividades extramurales			Verifique programación de actividades extramurales y cumplimientos.
Seguimiento de Familias en riesgo			Verifique en el tarjetero. Con las 10 fichas familiares escogidas al azar, analice si se cumplió el plan de intervención y cuáles son los resultados. Verifique si las normas de atención se están cumpliendo en los casos priorizados
Concentrado de de fichas familiares			Verifique que esta herramienta este actualizada y analice sus indicadores principalmente sobre los resultados en las familias de seguimiento.
El equipo dispone de PLIS			Verificar que los miembros de equipos conozcan el manejo de la herramienta y su uso.
Indicadores de producción de servicios. (PLIS)			Verifique si el equipo monitoriza las actividades intramurales y si ha tomado correctivos? Y analice el avance de los indicadores con el equipo
Disponibilidad de insumos, vacunas, fármacos			Verificar que los insumos, vacunas, fármacos estén en las cantidades planificadas para la unidad.
Monitoreo de actividades			Verificar si el monitoreo es mensual realizado con el comité.
Sistema de Información			Verificar el cumplimiento de las normas
Indicar las fortalezas del equipo:			
Indicar problemas identificados y sus causas:			
Por Supervisor:			
Por el Equipo:			
Firma Director de la Unidad:			
Firma del Supervisor.			

FUENTE: MSP, 2012





**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

ELABORADO POR: OSCAR CERÓN TATAC

Una de las herramientas básicas para la gestión e implementación del MAIS-FCI es el registro, análisis y toma de decisiones fundamentadas en evidencias, sobre las actividades de atención a usuarios, producción de los establecimientos de salud, información epidemiológica y la gestión de la red pública e integrada de salud. Es uno de los ejes prioritarios del proceso de transformación del sector salud es la implementación del Sistema Único Integral e Integrado de Salud que va a permitir la articulación de la red pública y complementaria y de la información. (MSP, 2012)

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

El sistema tiene varios módulos o componentes:

- Sistema de Atención Individual a Usuarios (citas, triaje, historia clínica única electrónica y ficha familiar, referencia-contrarreferencias, farmacia-receta electrónica, laboratorio e Imagenología, estadística) para la atención ambulatoria y hospitalaria;
- Sistema de gestión administrativa (información de los diferentes sistemas de gestión y planificación).
- Sistema epidemiológico de notificación y alertas.

Esta es la antesala para automatizar los registros administrativos y la información en general. Una vez consensuado el instrumento que permitirá recolectar la información. (MSP, 2012)



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
Escuela de Trabajo Social  
Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

**CONCLUSIONES Y**  
**RECOMENDACIONES**



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
Escuela de Trabajo Social  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

## CONCLUSIONES

Para exponer las conclusiones se ha estructurado una matriz comparativa entre los objetivos formulados para el proyecto y la información concluyente generada en el mismo.

### CONCLUSIONES GENERALES

- Fue necesario presentar alternativas para superar la situación actual (control al pronóstico), en el desarrollo de una investigación de este tipo. La metodología propuso hacer una evaluación sistematizada por ser un factor que permite determinar resultados exitosos o fallidos en el desarrollo de las estrategias del MAIS-FCI.
- El proceso de ejecución del MAIS-FCI analizó el involucramiento de la comunidad en las acciones de salud, lo que facilitó la detección y diagnóstico de la problemática en salud de la comunidad, la adherencia a los tratamientos mediante procesos de educación, capacitación y supervisión efectuada por los promotores de salud y demás personal operativo.
- Se concluyó que la implementación del MAIS-FCI es factible por la ejecución de los procesos de forma integradora entre las organizaciones comunales, las Organizaciones No Gubernamentales y las Unidades Operativas de Salud, lo que permite el desarrollo de acciones de prevención y control de la problemática en salud en cada una de las comunidades, destacándose los siguientes logros:
  - Inclusión de la población en el diagnóstico de sus necesidades de salud y en la elaboración de planes de atención.
  - Desarrollo de intervenciones para la detección, diagnóstico y tratamiento de los casos bajo terapia directamente observada,



## PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

Escuela de Trabajo Social

Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

con participación activa de la población, teniendo en cuenta las costumbres, ritos y creencias de las comunidades.

- Evaluación de los resultados de los procesos en salud ejecutados dentro de la comunidad para la integración de los aspectos de enfoque familiar, comunitario e intercultural.
- Se puede concluir que esta zona se encuentra en riesgo constante, debido a múltiples factores sociales, económicos y ambientales. Sin duda, falta mucho por hacer, sobre todo cuando desde las instituciones rectoras de las políticas todavía se efectúan ajustes a los procesos de gestión.
- El proceso de evaluación abarcó un periodo de un año, y se pudo verificar que el MAIS-FCI se aplicó de forma relativamente adecuada, a pesar de los constantes problemas de logística para cubrir las verdaderas necesidades de las comunidades aledañas a este puesto de salud. Hay muchas ideas y actividades que quedaron inconclusas, como la implementación de los otros programas y protocolos anexos al MAIS, que demandan más recursos económicos.
- Este proceso de evaluación ha dejado un balance positivo, sin duda alguna, convirtiéndose en un aspecto de suma importancia en mi desarrollo profesional. Logré establecer un contacto más humano y directo con los pacientes, comuneros y con el personal médico, conociendo la realidad social del área asignada y las instituciones públicas que efectúan la gestión médica.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

## CONCLUSIONES ESTRATIFICADAS

**CUADRO N° 59**  
**CONCLUSIONES ESTRATIFICADAS**

<b>OBJETIVOS DEL PROYECTO</b>	<b>CONCLUSIONES ESTRATIFICADAS</b>
<p><b>OE1: Investigar la correspondencia del modelo con las necesidades de la comunidad.</b></p>	<p>Se parte del supuesto de que la implementación del MAIS-FCI es factible por la ejecución de los procesos de forma integradora entre las organizaciones comunales, las Organizaciones No Gubernamentales y las Unidades Operativas de Salud, pues eso permite el desarrollo de acciones de prevención y control de la problemática en salud en cada una de las comunidades, destacándose los siguientes logros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inclusión de la población en el diagnóstico de sus necesidades de salud y en la elaboración de planes de atención.</li> <li>• Desarrollo de intervenciones para la detección, diagnóstico y tratamiento de los casos bajo terapia directamente observada, con participación activa de la población, teniendo en cuenta factores culturales de las comunidades.</li> <li>• Evaluación de los resultados de los procesos en salud ejecutados dentro de la comunidad incorporando el enfoque familiar, comunitario e intercultural.</li> </ul>
<p><b>OE2: Conocer las</b></p>	<p><b>DATOS GENERALES (CAPACIDAD,</b></p>



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

<p><b>capacidades del talento humano, la logística y los recursos tecnológicos y presupuestarios con que cuenta la unidad operativa y relacionarlos con los resultados esperados por el MAIS-FCI (2012 – 2013).</b></p>	<p><b>LOGÍSTICA Y RECURSOS)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ubicación: Comunidad San Antonio, en la parroquia de Manglaralto, provincia de Santa Elena.</li> <li>• Las instalaciones son prestadas a "Salud Pública" (ONG Norteamericana). Posee dos consultorios, un área para farmacia, una pequeña bodega, baños internos y externos, un salón y una pequeña recepción donde funciona el área de estadística.</li> <li>• Se prestan los servicios de odontología, obstetricia, enfermería y medicina general.</li> <li>• El área de salud se comprende divisiones geográficas (comunas anexas) en las que, en promedio, viven entre 4.000 y 4.500 personas.</li> <li>• El Equipo Básico de Atención en Salud (EBAS) está formado por: <ul style="list-style-type: none"> <li>2 médicos/as generales</li> <li>1 auxiliar de enfermería,</li> <li>1 odontólogo,</li> <li>1 obstetrix,</li> <li>1 técnico de atención primaria en salud (TAPS)</li> </ul> </li> <li>• El número de empleados no cubre toda la demanda de pacientes de las comunas adyacentes.</li> <li>• El financiamiento de Servicios de Salud</li> </ul>
---	--



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

Escuela de Trabajo Social

Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

	<p>viene del presupuesto asignado a la unidad operativa, en base a una supuesta asignación de recursos necesarios.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lo recursos financieros no son suficientes y oportunos para la prestación de servicios en función al cumplimiento de metas de impacto.</li> <li>• Existe una escasa programación de recursos teniendo en cuenta las diversas opciones de preferencia de la población.</li> </ul> <p><b>PROBLEMÁTICA DEL PUESTO DE SALUD</b></p> <p><b>INFRAESTRUCTURA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Al no ser este Puesto de Salud una dependencia del Ministerio de Salud Pública (en lo que respecta a infraestructura), dificultó en parte la intervención del mismo para la mejora de algunas actividades que se presentaron a la hora de brindar la atención.</li> </ul> <p><b>ESPACIO FÍSICO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se cuenta con apenas dos consultorios, atendidos por cuatro profesionales de la salud: una obstetriz, una odontóloga, y dos médicos.</li> <li>• Se adecuó el salón general de dos espacios para medicina general, separados por biombos.</li> <li>• En una misma área función el puesto de enfermería, de vacunación, de tamizaje metabólico neonatal, y existen dos camillas</li> </ul>
--	---



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

Escuela de Trabajo Social

Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

	<p>para la aplicación de medicamentos e hidrataciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El hacinamiento conllevó a otros problemas como el ruido, la falta de privacidad en las consultas, en la administración de inyecciones, etc.</li> </ul> <p><b>LIMPIEZA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se carece de personal de limpieza. Se intentó que la comunidad la asumiera pero no se logró concretar.</li> <li>• El Hospital de Manglaralto se comprometió a enviar a personal de limpieza dos veces a la semana, lo que se cumplió parcialmente,</li> <li>• El personal médico debe cumplir ocasionalmente las actividades de limpieza.</li> <li>• Existe la poca colaboración de los pacientes en mantener limpio el espacio y la presencia de lodo en las vías de acceso al subcentro.</li> </ul> <p><b>SERVICIOS BÁSICOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El puesto de salud cuenta con luz eléctrica, servicios higiénicos en buen estado, agua potable y cisterna adecuada, no tiene telefonía convencional pero hay cobertura para las operadoras móviles.</li> <li>• Las facturas son canceladas por el Hospital aunque en dos ocasiones hubo problemas en el pago, hecho que mantuvo al subcentro, por varios días, sin servicios</li> </ul>
--	--





**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

Escuela de Trabajo Social

Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

	<p>básicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carecen de recursos variados: medicina, personal, equipos, infraestructura, ejecución de procesos técnicos.</li> </ul>
<p><b>OE3: Analizar las estrategias implementadas por la unidad operativa para implementar los enfoques de género, interculturalidad y familiar.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El MAIS-FCI, desarrolla desde la perspectiva de género, espacios sociales de acceso a los servicios de salud con la finalidad estratégica de analizar las relaciones de género en el contexto de cada población de su área de influencia.</li> <li>• Estas comunas, son ancestralmente dominadas por patriarcados, en donde el hombre incide en la toma de decisiones de vital importancia para la familia. Con esta investigación se pudo revisar de forma relativa el carácter estructural de las tradiciones culturales y sociales de los comuneros, analizando los impactos desagregados por sexo (roles, funciones, tareas, recursos y beneficios), así como asumir el carácter heterogéneo, contradictorio y versátil de las identidades sociales (género), el carácter demográfico y otros datos estadísticos.</li> <li>• La estructuración de la oferta de servicios públicos del subcentro de salud de San Antonio se fundamenta en el perfil epidemiológico de la zona, las necesidades de acuerdo al ciclo de vida, la priorización</li> </ul>



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

Escuela de Trabajo Social

Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

	<p>de condiciones y problemas de salud considerando criterios como la evitabilidad y equidad, así como las necesidades específicas que devienen del análisis de género e intercultural.</p>
<p><b>OE4: Estudiar las estrategias implementadas por la unidad operativa para la promoción de la participación ciudadana en las diferentes fases de implementación del MAIS – FCI.</b></p>	<p>Varios factores han impedido la ejecución sostenible y la expansión de las actividades en la aplicación y control del MAIS-FCI, entre ellos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La débil voluntad política para mejorar el sistema de salud y la ausencia de una respuesta social más dinámica por parte de la comunidad para el control de los procesos.</li> <li>• Los servicios generales de salud pública necesitan mejorar su capacidad de mantener y ampliar la ejecución del MAIS-FCI. Pues la participación comunitaria y la necesidad de enfatizar el enfoque de promoción de la salud integral son necesarias para mejorar tanto el acceso, como la utilización de los servicios de salud. La colaboración y la sinergia entre los sectores públicos, privados y voluntarios son esenciales para asegurar accesibilidad a la salud integral.</li> </ul>
<p><b>OE5: Analizar las estrategias implementadas por la unidad operativa para coordinar con otros</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) es el conjunto de políticas, estrategias, lineamientos y herramientas que al</li> </ul>



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

Escuela de Trabajo Social

Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

<p><b>niveles gubernamentales y otros sectores de la política pública.</b></p>	<p>complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad, permitiendo la integralidad en los tres niveles de atención en la red de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Por tanto el MAIS-FCI define cómo van a interactuar los actores de los sectores público y privado, los miembros de la red de servicios de salud y la comunidad para llevar a cabo las acciones conjuntas que permitan dar soluciones integrales a las necesidades o problemas de salud de la comunidad contribuyendo de esta manera a mejorar su calidad de vida.</li> <li>• Hasta ahora, impulsar alianzas estratégicas, por ejemplo, ha sido una tarea bastante compleja y difícil, pero quienes laboran en la Unidad investigada tienen la decisión de seguir intentando que dichos procesos se ejecuten de la mejor forma posible.</li> <li>• Pese a que se trabaja en contextos que demandan atención constante, el esfuerzo del talento humano en el fortalecimiento del MAIS-FCI es un eje fundamental para concretar los procesos de forma direccionada y efectiva, en lo posible.</li> </ul>
<p><b>OE6: Proponer los ajustes</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En la actualidad, no se registra un marco</li> </ul>



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

<p><b>metodológicos pertinentes.</b></p>	<p>metodológico oficial ya sea a nivel local, nacional o internacional para describir e identificar aspectos primordiales sobre la gobernanza en los sistemas de salud (SIDDIQI, 2008). Por este motivo, esta investigación utiliza la herramienta metodológica propuesta por la OMS para examinar la gobernanza en los sistemas en países en vías de desarrollo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuando se evalúa la implementación de un modelo determinado, la base sustancial es el diagnóstico previo. Sin lugar a dudas, en las unidades operativas rurales como en el caso de la Unidad Operativa de Salud San Antonio, el trabajo se dificulta de forma impresionante.</li> <li>• Carecen de recursos variados: medicina, personal, equipos, infraestructura, ejecución de procesos técnicos. Todo esto retrasa el desarrollo integral de las comunidades anexas. Una población enferma y mal tratada, no puede generar espacios de crecimiento y desarrollo humano y económico, adecuados.</li> </ul>
--	---

FUENTE: Capítulos de tesis

ELABORADO POR: OSCAR CERON TATAC



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

## **RECOMENDACIONES**

Las recomendaciones están estructuradas según las líneas estratégicas establecidas en el Análisis de Estrategias y en los Ajustes Metodológicos:

### **ASPECTOS GENERALES Y TÉCNICOS**

- Debido a que antes no existía un marco metodológico oficial, ya sea a nivel local o internacional para describir e identificar aspectos primordiales sobre la gobernanza en los sistemas de salud, es de vital importancia la implementación por fases del MAIS-FCI, incluyendo los tres niveles de análisis (política nacional, formulación de políticas de salud e implementación de políticas de salud).
- Desde el análisis de la respuesta institucional ante la problemática surgida en la deficiente implementación del MAIS-FCI en las unidades operativas, se sugiere mejorar el funcionamiento y gestión de las instituciones públicas del sector de salud de manera que respondan a las necesidades clínicas y no clínicas de la población. La correcta implementación del MAIS-FCI, y particularmente, de la Red Pública Integral a nivel nacional y local es prioritaria para delinear la correcta oferta de servicios en el primer, segundo, y tercer nivel de atención de salud.
- La implementación del MAIS-FCI en la Unidad Operativa de Salud San Antonio, implica la implementación de la política pública de salud en un nivel técnico. Los procesos son ejecutados de forma gradual e insuficiente, debido en gran parte a la dependencia estructural de recursos de los organismos rectores de la salud a nivel provincial y nacional.



## PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

Escuela de Trabajo Social

Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

- Dentro del proceso de implementación del MAIS-FCI, es fundamental que todas las comunidades y habitantes estén cubiertos por los programas, la socialización de los mismos debe realizarse considerando las características de cada comuna a la que se quiere llegar. Hasta ahora, además de ser insuficiente, es homogeneizada para áreas urbanas y rurales, serranas y costeñas, si continúa así, será imposible la efectiva aplicación de las actividades médicas y de prevención de enfermedades.
- La Dirección de Salud debe priorizar la distribución de materiales e insumos suficientes para ser entregados a todos los establecimientos de salud preventiva, como el Puesto de salud San Antonio, ya que mediante esta investigación, se pudo identificar la falta de materiales e insumos para implementar los programas del Ministerio de Salud Pública, en especial del programa del Plan de Alimentación Integral, conjuntamente con la falta de materiales para el llenado de tarjetas que es un instrumento indispensable para el seguimiento de los niños que acuden a la unidad operativa para la aplicación de las vacunas.
- El Puesto de Salud San Antonio debe continuar impulsando el desarrollo de la población con más incidencia de riesgos, priorizando la atención a niños y niñas menores de dos años, a los/as adultos/as mayores y a mujeres embarazadas.
- Se debe actualizar y capacitar constantemente a los profesionales de salud y a todo el personal que labora en la unidad operativa, enfocándose en el cumplimiento de las normas establecidas para los programas del Ministerio de Salud Pública.
- La unidad operativa debe contar con una infraestructura adecuada para llevar a cabo el cumplimiento de los programas para que la población se involucre en ellos, para ello no es necesario contar con un presupuesto



## PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

Escuela de Trabajo Social

Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

oneroso, se deben utilizar los materiales de la zona, considerar los estilos de construcción, generar ambientes amigables, culturalmente hablando. Esto debe ser un requerimiento prioritario, puesto que día a día aumentan los pacientes y las múltiples emergencias médicas.

- El equipo de salud de la unidad operativa San Antonio, debe realizar frecuentemente la actualización de las tarjetas de vacunación, ya que estas son indispensables para obtener un mejor seguimiento de los menores que llegan al establecimiento para la aplicación de las vacunas.
- Se deben brindar charlas educativas a los padres de familia y cuidadores acerca de la importancia de las vacunas y que estén al tanto de las fechas correspondientes para acudir con sus niños/as a la vacunación, y si no cuenta con un profesional, comunicarles que asistan al hospital y evitar que abandonen el esquema de vacunación.
- Con este proyecto, se desea que toda la investigación efectuada sea tomada en cuenta por las dependencias que regulan la gestión pública médica de las comunas anexas a la unidad operativa de San Antonio, con la finalidad de mejorar la atención integral de los/as pacientes y de reorientar los servicios de salud preventiva, tanto a nivel familiar como local.

### **LÍNEA ESTRATÉGICA 1: FOMENTAR LOS SISTEMAS TRADICIONALES DE SALUD CON ENFOQUE DE GÉNERO, ADULTOS MAYORES Y GRUPOS DE ATENCIÓN PRIORITARIA**

- El MAIS-FCI como Política Sectorial debe considerar, de forma prioritaria, la consecución técnica de los procesos en salud y las acciones intersectoriales necesarias para garantizar los derechos de la



## PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

Escuela de Trabajo Social

Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

población en las áreas de influencia de los mismos, en todos sus momentos: antes, durante y después de su implementación, garantizando la salud, la seguridad social y otros derechos fundamentales, fortaleciendo el Buen Vivir de la población de las comunas.

- Cumplir con los postulados que manda la Constitución, la cual consagra el principio de la igualdad y no discriminación. El artículo 11, inciso 2, establece *“que todas las personas, tanto individuales como colectivas (comunidades, pueblos, nacionalidades y territorios), son iguales ante la ley, que gozan de los mismos derechos, deberes y oportunidades, y que no pueden ser discriminadas por razones de etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, identidad de género, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, filiación política, pasado judicial, condición socioeconómica, condición migratoria, orientación sexual, estado de salud, portar VIH, discapacidad, diferencia física, ni por cualquier otra distinción, personal o colectiva, temporal o permanente.”* (SENPLADES, 2008).
- Se debe trabajar en función de las políticas públicas y procesos que se implementan en la Agenda Nacional de Salud que prioriza los enfoques de igualdad y de ambiente, visibilizando a los grupos de atención prioritaria o aquellas personas que están en situación de desventaja (mujeres, a personas con identidades de género y orientaciones sexuales diversas, a los pueblos y nacionalidades, a las personas con discapacidad física, visual, auditiva, mental, etc.; a niños, niñas, adolescentes, jóvenes y adultos mayores, entre otros.
- Establecer parámetros de actualización de los procesos de salud enfocados en el MAIS-FCI, puesto que su formulación, a pesar que





## PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

Escuela de Trabajo Social

Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

contempla la perspectiva de género, se mantienen en niveles muy generales como para fomentar cambios profundos de patrones socioculturales, políticos, económicos el propio sistema de salud y en la comunidad. El MAIS-FCI, debe considerar la dimensión etaria para asegurar una perspectiva generacional que vele por las personas a lo largo de su vida, y por las generaciones futuras. En este aspecto, el alcance es básico, logrando una atención, en su mayoría reactiva y no preventiva.

### **LÍNEA ESTRATÉGICA 2: FOMENTAR LOS ESPACIOS Y LAS ACCIONES INTERCULTURALES ENTRE LOS SISTEMAS DE SALUD ANCESTRALES Y SISTEMA DE SALUD CONVENCIONAL (INTERCULTURALIDAD)**

- En la comunidad es indispensable fortalecer los vínculos interculturales para garantizar los derechos en salud de las mujeres, niños, adultos mayores y hombres de estas comunidades, conducentes a la atención segura de las atenciones en las unidades rurales. En este proceso, los sistemas tradicionales de salud también se enriquecerán de los conocimientos y técnicas occidentales.
- Este modelo intercultural de salud debería garantizar que los componentes del Sistema tradicional de salud y de la medicina tradicional puedan participar de forma inclusiva en las Unidades Operativas, en igualdad de condiciones (Saberes, tecnologías y prácticas terapéuticas y espirituales.) Bajo este marco se deben plantear las adecuaciones de infraestructura en las unidades operativas.
- Es necesaria la elaboración conjunta de planes y estrategias entre el personal médico y los agentes tradicionales de salud, para la consejería, promoción y prevención comunitaria en salud materna y



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

"Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena"

neonatal, nutrición, violencia intrafamiliar, inmunización, etc., respetando los conocimientos ancestrales y los valores comunitarios.

- Las actividades que se sugieren implementar en el MAIS-FCI deben acordarse y coordinarse progresivamente con la institucionalidad en construcción de los sistemas tradicionales de salud, y deberán definirse en el marco del respeto y el diálogo de saberes a través de "talleres de intercambio continuo de conocimientos", en los que se promueva la consecución de acuerdos locales interculturales que garanticen la sostenibilidad de las iniciativas

### **LÍNEA ESTRATÉGICA 3: PROMOVER Y APOYAR OTROS MODELOS DE ATENCIÓN DE SALUD**

- Es necesario incentivar y priorizar la participación ciudadana. La generación de condiciones saludables no es posible sin participación activa de las personas como sujetos de derechos, que tienen la misión de construir sus organizaciones representativas para conocer, acordar, ejecutar y evaluar conjuntamente con los equipos de salud las intervenciones del modelo de atención. La organización local se constituye en la contraparte de veeduría del ejercicio del derecho a la salud y el funcionamiento de la red de servicios adicionales.
- Hay que fomentar la integración y el equilibrio, en términos sociales y territoriales para incidir en la conformación plural de la sociedad. Los procesos nuevos y del enfoque de salud deben ser implementados de manera coherente, complementaria y solidaria para la consecución del Buen Vivir de la población de las comunas de Manglaralto.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

## **SIGLAS**

APS-R: Atención Primaria de Salud Renovada

ASS: Autoridad Sanitaria en Salud

BCG: Vacuna contra la tuberculosis.

BID: Banco Interamericano de Desarrollo.

CEPAL: Comisión Económica para América Latina.

CIBV (Centros Integrales del Buen Vivir)

DM: Diabetes Mellitus

DOTS: Estrategia contra la tuberculosis de tratamiento acortado directamente observado.

DPT: Vacuna anti difteria y tétanos.

Dt: Vacuna anti diftérica.

EPV: Enfermedades prevenibles por vacunación.

HTA: Hipertensión arterial.

IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

INEC: Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos.

INFA: Instituto del Niño y la Familia.

ISSFA: Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas

ISSPOL: Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional

LOSEP: Ley Orgánica de Servicio Público.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

LOSNS: Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud.

MAGAP: Ministerio de Agricultura, Ganadería, Acuacultura y Pesca.

MAIS-FCI: Modelo de Atención Integral en Salud-Familiar, Comunitario e Intercultural.

MCDS: Ministerio Coordinador de Desarrollo Social.

MIDUVI: Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda

MIES: Ministerio de Inclusión Económica y Social

MSP: Ministerio de Salud Pública.

ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ONG: Organización no gubernamental.

OPV: Vacuna antipoliomielitis.

PAHO: Pan American Health Organization.

PEA: Población Económicamente Activa

PIM: Programa Integrado de Micronutrientes

PLIS: Plan Local Integral de Salud.

PNBV: Plan Nacional del Buen Vivir.

PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

RPS: Red Pública Integral de Salud

SBS: Superintendencia de Bancos y Seguros.

SENESCYT: Secretaría Nacional de Educación, Ciencia y Tecnología.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
Escuela de Trabajo Social  
Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

SENPLADES: Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo.

SNS: Sistema Nacional de Salud

SRP: Vacuna anti sarampionosa.

TAPS: Técnicos de atención primaria de salud.

TICS: Tecnologías de la información y comunicación



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
Escuela de Trabajo Social  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

## **BIBLIOGRAFÍA**



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
Escuela de Trabajo Social  
Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

## BIBLIOGRAFÍA

### TEXTOS DE REFERENCIA

- AGUINAGA, Margarita y CARRIÓN, Diego (2010). *Análisis de las transformaciones históricas, la situación actual de las mujeres ecuatorianas rurales, y propuesta para el fortalecimiento de su agenda política*. Quito: Instituto de Estudios Ecuatorianos y la Fundación Rosa Luxemburg.
- ALARCÓN, Ana. (2003). *Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales*. Chile: Rev. Med.
- AUTORES VARIOS (2009). *La constitución en la práctica*. Quito: Ágora democrática. Suplemento Institucional.
- BETANCOURT, Z. (2011). *La construcción de salud en el Ecuador desde los movimientos sociales, aproximaciones iniciales*. Quito.
- CARVAJAL BURBANO, Arizaldo (2009). *Desarrollo y postdesarrollo: Modelos y alternativas*. Cali: Escuela de Trabajo Social y Desarrollo Humano-Universidad del Valle.
- CARVAJAL BURBANO, Arizaldo (2010). *Desarrollo y cultura. Elementos para la reflexión y la acción*. 3ª. Edición. Cali: Escuela de Trabajo Social y Desarrollo Humano-Universidad del Valle.
- DEL BOSQUE, S. (1998). *Megatendencias de Cambio y Desarrollo en las Proximidades del Siglo XXI: El macro contexto. en Manos a la Salud*. México: CIESS-OPS.
- ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DEL LITORAL. (2001). *PLAN ESTRATÉGICO PARA LA COMUNA SAN ANTONIO*. Guayaquil: Autor.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

- FANTOVA, Fernando (2007). *La intervención comunitaria en barrios desfavorecidos ante los nuevos riesgos sociales*. Buenos Aires.
- GARCÍA ROMERO, Ana y ASTETE MUÑOZ, Sandra. (2012). *GÉNERO, INTERCULTURALIDAD Y SOSTENIBILIDAD EN LA AGENDA DE DESARROLLO DE LOS PUEBLOS ORIGINARIOS DE ECUADOR La situación de las mujeres de Cayambe y Colta en torno a la gestión comunitaria del agua*. Madrid: IEPALA.
- GREEN, L.W. y KREUTER, M.W. (1999). *Health promotion planning. An educational and ecological approach*. Palo Alto: Mayfield Publ Co.
- HERMIDA J, ROMERO P, ABARCA X, VACA L, ROBALINO M, VIEIRA L. (2005). *La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia en el Ecuador*. Informe LACRSS 2005:63.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS (2006). *Encuesta de Condiciones de Vida*. Quito: Instituto Nacional de Estadística y Censos.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS. (2007). *Encuesta de Recursos y Actividades en Salud*. Quito: Instituto Nacional de Estadística y Censos.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS. (2008). *Registro de Camas Hospitalarias*. Quito: Instituto Nacional de Estadística y Censos.
- INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL (2010). *Registros institucionales*. Quito: IESS.





PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

Escuela de Trabajo Social

Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

- INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS (2010). *Registros institucionales*. Quito: ISSFA.
- KRIEGER N, SMITH K, NAISHADHAM D, HARTMAN C, BARBEAU EM. (2005). *Experiences of discrimination: validity and reliability of a self-report measure for population health research on racism and health*. EEUU: SocSci Med.
- LAST, J. M. (2007). *A dictionary of public health*. Oxford: Oxford University Press.
- LUCIO R. (2007). *La salud en Quito: análisis de acceso y calidad*. Quito: Cooperación Técnica Belga en Ecuador.
- LUCIO, R. (2010). *Modelo de salud en Ecuador*. Quito: Ministerio Coordinador de Desarrollo Social.
- LYNCH JW, SMITH GD, KAPLAN GA, HOUSE JS (2000). *Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions*. EEUU: BMJ.
- MCDS-MSP-ME-MIES-MIDUVI-SECRETARIA NACIONAL DEL MIGRANTE-MRE-MAGAP-SENPLADES (2008). *Agenda Social 2009-2011*. Quito: Autor.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (2012). *Manual del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI)*. Quito. Autor
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (1994). *Análisis de la Situación de Salud: Propuesta Metodológica*. San José, Costa Rica: Autor.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

- MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ (2004). Guía Nacional de Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud. Lima: Autor.
- NEBOT, MANEL; LÓPEZ A., M<sup>a</sup> JOSÉ; ARIZA A., CARLES; VILLALBÍA, JOAN R. y GARCÍA-ALTÉS, ANNA. (2011). *Evaluación de la efectividad en salud pública: fundamentos conceptuales y metodológicos*. Barcelona, España: Agencia de Salud Pública de Barcelona.
- NINO GUERRERO, Alfonso y TORRES SLIMMING, Paola. (2009). *Guía para elaborar un análisis situacional de salud en zonas rurales*. Lima: G&C SALUD Y AMBIENTE.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2007). *Organización Mundial de la Salud: Renovación de la Atención primaria de salud*. Washington D. C.: OPM/OMS.
- Pan American Health Organization (2008). *Health system profile. Ecuador. Monitoring and analysis of the change and reform processes*. Washington, DC: Pan American Health Organization.
- PAREDES VILLARREAL, Percy. (2009). Desarrollo local: gestión, estrategia, elementos, características, dimensiones y agentes. Perú: VOXLOCALIS N° 023. ENERO 2009
- PORTA, M. y LAST, J. M. (2008). *Dictionary of epidemiology*. Oxford: Oxford University Press.
- REBOLLO, M<sup>a</sup> Ángeles. (2011). *Perspectiva de Genero e Interculturalidad en la Educación para el Desarrollo: Abriendo la Mirada a la Interculturalidad, Pueblos Indígenas, Soberanía alimentaria y Educación para el Desarrollo*. Madrid: IEPALA.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

Escuela de Trabajo Social

Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

- ROSSI, P. H; LIPSEY, M. W y FREEMAN, H. E. (2004). *Evaluation: a systematic approach*. 7th ed. Thousands Oaks (CA): Sage Publi.
- VILLANUEVA FLORES, Rocío (2009). *Derecho a la salud, perspectiva de género y multiculturalismo*. Lima: Ed. Palestra.
- SACOTO, Fernando (2000). *Los modelos de atención de salud en Ecuador*. Quito: Fundación Ecuatoriana para la Salud y el Desarrollo (FESALUD).
- SENPLADES (2009). *Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013*. Quito: Autor.
- SENPLADES (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Quito: Autor.
- SENPLADES, Subsecretaría de Planificación Nacional, Territorial y Políticas Públicas (2011). *Guía de Participación Ciudadana en la Planificación de los GAD*. Primera edición. Quito: Autor.
- STAVENHAGEN, Rodolfo (1992). *Los derechos indígenas: Algunos problemas conceptuales*. México: Revista Nueva Antropología, Vol. XIII, N° 43.
- SUCHMAN, E. (1967). *Evaluative research*. New York: Rusell Sage Foundation.
- UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID, FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIOLOGÍA (2010). *Gestión y gobernanza local en perspectiva comparada: las políticas públicas de modernización administrativa*. Madrid: Autor.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

Escuela de Trabajo Social

Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

- VILLA B, Juan Pablo, Dr (2010). *Diagnóstico de salud*. México: Secretaría de Salud Centro Nacional para la Salud de la Infancia.
- VERA, Ronal y SALINAS, Janeth. (2013). Informe de labores y análisis realizado en la medicatura rural. Santa Elena: Ministerio de Salud Pública. Dirección Provincial de Salud.
- WINDSOR, R; BRANOWSKI, T y CLARK, N. (1994). *Evaluation of health promotion, health education and disease prevention programs*. Mountain View (CA): Mayfield Co.
- ZICCARDI, A. (2004). Participación ciudadana y políticas sociales del ámbito local. Universidad Nacional Autónoma de México. Instituto de Investigaciones Sociales.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**Escuela de Trabajo Social**  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

## TEXTOS GUÍAS Y AYUDAS

- AGUILAR IDAÑEZ, María José y ANDERG-EGG, Ezequiel (1999). *Diagnóstico Social, conceptos y metodología*. Madrid, España: Instituto de Ciencias Sociales Aplicada. 3ra. Edición.
- BOLÍVAR, Kalindy. (2011). “*Construyamos Salud*”. *Sistematización de la Experiencia “Fortalecimiento del Modelo de Atención en Salud y Calidad de Vida en Poblaciones Rurales de las Provincias de Pichincha y Esmeraldas”*. Quito: Corporación Utopía.
- DEL BOSQUE Sofía (1998). *Megatendencias de Cambio y Desarrollo en las Proximidades del Siglo XXI: El macro contexto*. en *Manos a la Salud*. México: CIESS-OPS.
- INEC (2006). *Encuesta de Condiciones de Vida (ECV)*. Quito: Autor.
- INEC-CEPAL (2010). *Ecuador: Proyecciones de Población 1950-2025*. Ecuador: Autores.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (2009). *Manual del Modelo de atención integral de salud. Familiar, comunitario e intercultural MAIS-FCI*. Quito: MSP.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (2009). *Boletín Epidemiológico Vol. 6 Nº 53. Adaptación de la tabla 9 Metas de los Objetivos del Milenio y enfermedades priorizadas*. Quito: Autor.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA – PASSE (2008). *Construyamos el Hábitat Familiar Saludable: Guía de implementación de Tecnologías Apropriadas*. Ecuador: Autores.



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

Escuela de Trabajo Social

Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, INEC, OPS, UNFPA, UNIFEM, UNICEF (2006). *Indicadores Básicos de Salud*. Ecuador: Autores
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (1999). *Curso de Epidemiología en Acción. Módulo 3, Diseño de Programas de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades*. Quito: Autor.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2009). *Redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria de salud. 49 Consejo Directivo. 61 Sesión del Comité Regional*. Washington DC: Autor.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2007). *Renovación de la Atención primaria de salud*. Washington DC: Autores.
- SENPLADES (2010). *Manual para la Formulación de Políticas Públicas Sectoriales*. Quito: Autor.
- SEPSS - MSP (2010) *Norma Modelo de Atención Integral en Salud*. Quito: Autores.
- TOGNONI, G (1998). *Manual de Epidemiología Comunitaria*. Esmeraldas: CECOMET.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
Escuela de Trabajo Social  
**Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario**

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

**ANEXOS**



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
Escuela de Trabajo Social  
Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

## **ANEXOS**

### **ANEXO Nº 01**

FOTO Nº 01



VISTA DEL INGRESO DEL SUBCENTRO DE SALUD

FOTO Nº 02



CONSULTORIO DEL MÉDICO RURAL





**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
Escuela de Trabajo Social  
Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

FOTO N° 03



VISTA DEL PASILLO Y SALA DE ESPERA DE PACIENTES

## **ANEXO N° 02**

FOTO N° 04



CAMPAÑA DE SALUD ESCOLAR



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
Escuela de Trabajo Social  
Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

## **ANEXO Nº 03**

FOTO Nº 05



VISITAS A LOS CIBV'S

## **ANEXO Nº 04**

FOTO Nº 06



TAMIZAJE NEONATAL



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
Escuela de Trabajo Social  
Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

---

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

## **ANEXO N° 05**

FOTO N° 07



PROGRAMA DE INMUNIZACIONES

## **ANEXO N° 06**

FOTO N° 08



CERCO EPIDEMIOLÓGICO



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
Escuela de Trabajo Social  
Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

## **ANEXO N° 07**

FOTO N° 09



VACUNACIÓN CANINA

## **ANEXO N° 08**

FOTO N° 09



CHARLAS EDUCATIVAS



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
Escuela de Trabajo Social  
Maestría en Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

“Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena”

FOTO N° 10



FERIAS

## **ANEXO N° 09**

FOTO N° 11



CARPAS EN FERIADO