

RESUMEN

Objetivo: Valorar los logros del Modelo de Atención de Salud (MAIS-FC) a través de la ficha familiar; y a su vez analizar cómo está influyendo en la promoción, prevención en la atención médica que brinda el Centro de Salud N°1 de Azogues.

Métodos y Materiales: El estudio utilizado es descriptivo de tipo observacional, pues trata de dar respuesta a los indicadores, busca analizar al fenómeno estudiado sin alterar sus condiciones y sus factores dominantes en relación causa-efecto.

Para su análisis y procesamiento de formularios, se utilizó metodologías cuantitativas por medio de la Ficha Familiar implementada por el MSP.

La misma que fue aplicada a todas las familias del cantón Azogues y sus parroquias urbano-marginales que dependen del Centro de Salud N ° 1, sobre todo poniendo énfasis en la calificación de los riesgos biológicos (enfermedades), sanitarios, socioeconómicos, la valoración de la participación comunitaria y los compromisos cumplidos tanto de la unidad operativa como de las familias.

Resultados: El Nuevo Modelo de Salud MAIS-FC se implementó en el año 2008, en concordancia parte de la Constitución Política, y es financiado por el Estado. Está basado en APS Renovada que es un conjunto de normas, estrategias procedimientos y recursos con un enfoque integrado e integral (promoción, prevención, curación y rehabilitación) con calidad y calidez que se aplica en la familia, comunidad y medio ambiente promoviendo la participación social. Se Levantaron 4030 fichas familiares, y se dieron 5076 visitas domiciliarias, se ha incrementado notablemente del 2008 al 2011 en la promoción y prevención de la salud por ejemplo: Inmunizaciones del 102.3% al 112.6%; Control del Niño Sano del 119.5% al 285%; Planificación Familiar del 73.4% al 210.3% entre otras.

Conclusiones: Con la implementación del modelo de salud, cuyas características son: Integral, familiar, comunitario e Intercultural; se está brindando atención a toda la población de la ciudad de Azogues, tratando de mejorar la calidad de vida, no solo desde el punto de vista curativo sino también a través de la promoción, para que las futuras generaciones sean las dueñas del cuidado y manejo de su salud. Se lo lleva a cabo a través de los Equipos Básicos de Salud con aplicación de la Ficha Familiar y las visitas domiciliarias. Al ser un modelo que recién se está aplicando en nuestro país se espera para el año 2013: disminuir la mortalidad materna y neonatal en un 35%, reducir los embarazos en adolescentes en un 25%, bajar la tasa de mortalidad por consumo de agua insegura, por infecciones respiratorias entre las más importantes.

PALABRAS CLAVES: MODELO DE SALUD, ENFOQUE FAMILIAR E INTERCULTURAL, EQUIPO DE SALUD, RIESGOS, PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA.

DeCS: ESTUDIOS DE VALIDACIÓN; SISTEMAS NACIONALES DE SALUD; MAIS-FCI; MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL; PROMOCIÓN DE LA SALUD-NORMAS; PREVENCIÓN PRIMARIA-NORMAS; ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD-NORMAS: CAÑAR-ECUADOR.

ABSTRACT

Theme: Integral Attention health model of familiar-communitary and intercultural health “MAIS-FCI” at health Center N°1 at Azogues 2009-2011’.

Objective: Value that the model of health attention (MAIS) has had, analyzing the intervention in the health factors and the attention given to people at the Health Center N°1 at Azogues.

Method and Materials: This is a descriptive and observational study, that tries to give and answer to the indicators, it analyzes what is happening without interfering with its conditions and its dominant factors in cause-effect relation.

For its analyze and test process, quantitative methods has been used with the family given by the MSP.

The family was given to all the Azogues families and to the suburbs that depend of the Health Center N°1 making emphasis to the kind of illness and to the calcification of the biological, sanitary and socioeconomical risks, also giving importance to the participation of the families and of the community with the achieved compromises.

Results: With the health model “MAIS-FCI” implemented at 2008, now it is part of the Political Constitution of Ecuador, it will be financed by the State it is based at APS renovated, there are norms and strategies, process and with integral resources (promotion, prevention, and rehabilitation) with quality to the families, to the community and environment promoting social participation.

It is carried by the basic equipment of health aplicated to families file with visits to the houses , because of being a new model in our country it is expected to reduce the maternal and neonatal mortality to a 35%. Reduce



the teen pregnancy at a 25% and reduce the consume of dirty water and with this reduce the respiratory infections too.

Conclusions: With the implementation of the health model, that is characterized by being integral, familiar, communitary and intercultural, the attentions is given to all the population, trying to reach the health determinants, by the promotion the people and the future generations can be owners of their health.

KEY WORDS: MODEL OF HEALTH, FOCUSES INTERCULTURAL RELATIVE AND, EQUIPMENT OF HEALTH, RISKS, PREVENTION, PROMOTION AND COMMUNITARIAN PARTICIPATION.

DeCS: STUDIES OF VALIDATION; NATIONAL SYSTEMS OF HEALTH; MAIS-FCI; MODEL OF INTEGRAL ATTENTION OF COMMUNITARIAN AND INTERCULTURAL FAMILY HEALTH; PROMOTION OF THE HEALTH-NORMS; PREVENTION PRIMARY-NORMS; PRIMARY ATTENTION OF HEALTH-NORMS: CAÑAR-ECUADOR.



ÍNDICE

RESUMEN.....	1
ABSTRACT	3
CAPÍTULO I	10
INTRODUCCIÓN.....	10
CAPÍTULO II	15
FUNDAMENTO TEÓRICO.....	15
2.1.- SALUD:	15
2.2.- ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD	16
2.2.1.- Concepto Inicial.....	16
2.3.- ENFOQUES DE LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD	17
2.4.- MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL, FAMILIAR, COMUNITARIO E INTERCULTURAL (MAIS-FC):	19
2.4.1.- FICHA FAMILIAR.....	20
2.4.2.- CONTENIDO DE LA FICHA FAMILIAR	21
2.4.3. Calificación Del Riesgo Familiar.....	21
2.4.4 MAIS-FC 2010.....	23
Fase 1.....	25
Planeamiento y Programación Descentralizada y Participativa	25
Fase 2 Y 3	25
Programación Integral De Las Prestaciones Y Compromisos De Gestión	25
Fase 4.....	25
Talento Humano	25
Fase 5.....	26
En donde se va a dar la supervisión, monitoreo y evaluación.....	26
2.5.- EXPERIENCIAS DE LA APS EN OTROS PAISES.....	26
2.5.1.- CUBA	26
2.5.2.- BRASIL.....	29
2.5. 3.- COSTA RICA	33
CAPÍTULO III	36
3.- HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	36
3.1 HIPÓTESIS	36



3.2 OBJETIVOS	36
3.2.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS:.....	36
CAPÍTULO IV	37
METODOLOGÍA.....	37
CAPÍTULO V.....	41
RESULTADOS	41
DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA A TRAVÉS DE LOS DATOS OBTENIDOS EN LA FICHA FAMILIAR, APLICADAS POR LOS EBAS.....	41
CAPITULO VI.....	63
RIESGOS BIOLÓGICOS, SANITARIOS Y SOCIO-ECONÓMICOS ENCONTRADOS EN LAS FICHAS FAMILIARES.....	63
6.1 RIESGOS BIOLOGICOS	63
6.2 RIESGOS SANITARIOS	66
6.3 RIESGOS SOCIO ECONOMICOS	68
CAPÍTULO VII.....	71
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD SEGÚN INDICADORES DE PRODUCCION Y COBERTURA DEL CENTRO DE SALUD N°1 DE AZOGUES	71
7. 1.- PROMOCIÓN.....	71
7.2 PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	73
7. 3.- PREVENCIÓN.-	76
7.4.- ACCESIBILIDAD Y COBERTURA.....	79
7.5 COMPROMISOS CON LA COMUNIDAD.....	80
CAPÍTULO VIII.....	82
DISCUSIÓN.....	82
CAPÍTULO IX.....	86
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	86
9.1 CONCLUSIONES.....	86
9.2 RECOMENDACIONES	90
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	92
ANEXOS.....	97



Yo, Dra. Marcia Alvarez Vidal, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención del título de Magíster en Salud Pública. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Dra. Marcia Alvarez Vidal, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

**“MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR
COMUNITARIO E INTERCULTURAL APLICADO EN EL CENTRO DE
SALUD N°1 DE AZOGUES 2009-2011”**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MAGÍSTER EN SALUD
PÚBLICA**

AUTORA: DRA. MARCIA ALVAREZ VIDAL

DIRECTOR: MAGÍSTER MARCELO SACOTO GONZÁLEZ

CUENCA-ECUADOR

2011

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTO

A mi esposo e hijo por su amor, paciencia, apoyo para culmina esta meta.

A mi padre que desde el lugar donde se encuentra, nos guía por el sendero del bien.

A mi madre, y hermanas por su ejemplo de lucha, y soporte que me brindan.

A mis compañeros de trabajo porque sin su aporte no hubiese podido cumplir con este reto.

Al Dr. Marcelo Sacoto por su apoyo y por sus valiosos conocimientos que no solo han servido para la realización de la investigación sino para mejorar las prácticas de MAIS-FC en el Centro de Salud N°1 lugar donde trabajo.

Al Director y Coordinador de la Maestría, quienes nos guiaron e hicieron cambiar nuestra mentalidad con formación académica al servicio de la comunidad y mejorar la Salud Pública.

LA AUTORA

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Hacer del espacio de investigación -tesis-, que culmina un programa de cuarto nivel, un mecanismo de reflexión y aporte, es a no dudarlo una compleja tarea; que tiene apriori la fortaleza de analizar desde el prisma de los conocimientos adquiridos una realidad que más allá de constituir objeto de estudio, es también ámbito de intervención que permite la aplicación de recomendaciones para cambiar y mejorar la puesta en marcha de un modelo de atención de salud en una circunscripción territorial determinada y que forma parte de la Salud Pública del país.

Analizamos en el presente trabajo la implementación del MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD, FAMILIAR, COMUNITARIO E INTERCULTURAL (MAIS-FC), en el Centro de Salud N° 1 de Azogues, que desde el año 2008 tomó el carácter de Política de Estado, constituida con normas, planes, programas, estrategias, procedimientos y recursos que permiten su ejecución en el Sistema Nacional de Salud, desde un enfoque integral, en promoción, prevención, curación y rehabilitación, con calidad y calidez. Este modelo, esta a tono con toda una corriente internacional, se levanta sobre la base del buen vivir, máxime cuando sus acciones se aplican en el individuo, la familia, la comunidad y el medio ambiente, promoviendo la participación social como eje fundamental para la solución de problemas de salud de la comunidad.

Si consideramos al Modelo de Salud tomando el ilustrado criterio de Julio Frenk en su obra “La Salud de la Población hacia una Nueva Salud Pública”⁽¹⁰⁾, apreciaremos que el autor referido dice que el adjetivo “pública” no significa un conjunto de servicios en particular, ni una forma de propiedad, ni un tipo de problemas sino un nivel de análisis a nivel poblacional. A diferencia de la medicina clínica o subclínica que operan a nivel individual, la esencia de la misma consiste en adoptar una perspectiva

en grupos poblacionales. Por lo tanto la investigación en Salud Pública se refiere al estudio científico que da respuesta social organizada a las condiciones de salud y enfermedad de las poblaciones.

En el arduo y delicado reto de cumplir a cabalidad los objetivos de la presente investigación, hemos dividido el presente trabajo en 4 partes: La primera que hace referencia a la Introducción, la naturaleza del problema y su importancia; la segunda que aborda el Marco Teórico y diseño metodológico; una tercera en la que constan los resultados obtenidos en la ficha familiar y morbilidad del Centro de Salud de Azogues; y, por último la cuarta que aborda la discusión, conclusiones, recomendaciones y referencias bibliográficas.

Naturaleza del Problema y su Importancia

El presente trabajo, parte del concepto de Salud establecido por la OMS, y se encuentra como norma constitucional en el Art. 32 de la Carta Magna Ecuatoriana, que enuncia los derechos que se sustenta en el buen vivir y la definición de Atención Primaria de Salud (APS) replanteada en el año 2005, en los artículos 358 al 360, como un mecanismo de fuerza moral para recordar a los Estados del mundo su deber para con los ciudadanos, de construir un sistema de salud, que sea consustancial a la categoría del ser humano, sin importar su raza, condición o nacionalidad, que entienda a la atención primaria como ***“...un enfoque para organizar a las comunidades en torno a la salud y darles el poder de tomar acciones sobre un amplio rango de determinantes en salud, encaminado a la “promoción de la salud...”***.(2,3,6)

En el Ecuador del siglo XXI, el proceso globalizador hace necesario conocer más allá de las fronteras patrias, las experiencias de otros países en torno a los diferentes modelos de salud y desde luego pasar revista a los enfoques de atención primaria de salud, partiendo de Alma Ata cuyo lema fue: “Salud Para todos en el Año 2000”, y evolucionando al pulso del cambio de

conceptos, como: Atención Primaria Selectiva, Enfoque de Salud y Derechos Humanos, que vincula el concepto de salud como un derecho inmanente de toda persona; hasta llegar a la APS RENOVADA que se encuentra implementada y aplicándose en el mundo entero, y también con la finalidad de conseguir los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) (1). Muchos otros países de América y Europa llevan modelos parecidos con enfoque familiar y comunitario, con el que han disminuido sus tasas de mortalidad materna infantil, han aumentado la esperanza de vida, y han dotado a su población de un mejor saneamiento básico. Por lo que es importante hacer una revisión de las experiencias más importantes de APS en América latina (Cuba, Brasil y Costa Rica), pasando en seguida al análisis de la aplicación del modelo.

Durante el año 2007 se implementó la “gratuidad de la salud” cuya consecuencia inmediata fue que la población acuda con más frecuencia y tengan accesibilidad grupos más vulnerables como los que están en los quintiles 1 y 2 de pobreza, así como a los discapacitados; pero a su vez todavía queda rezagos del antiguo y caduco modelo brindando una atención medicalizada e individualista que no permite dar una vigilancia integral tanto al paciente como a su familia y mucho menos a su entorno.

A pesar de que la coberturas han aumentado evidenciando un incremento de la cantidad en desmedro de a calidad, no se ha reportado nada sobre el hecho en materia de calidad de atención, la OPS indica es atender 15 minutos por paciente, por lo que el Ministerio de Salud recoge esta norma e indica que la meta es de 4 pacientes/ hora, pero en el Centro de Salud N°1 de Azogues la consulta es de 6 inclusive 7 pacientes/hora, a pesar de la norma, teniendo en cuenta que aquí trabajan 3 médicos de 4 horas, 4 médicos de 8 horas y 1 obstetriz, durante el año 2008 se dieron 17.340 consultas y durante el año 2010 se dieron 41.458 consultas; por lo tanto tiempo que se le dedica a la consulta médica por paciente es corto, no se da una atención integral, no se fomenta la promoción, prevención y se incide muy poco en cambiar los estilos de vida del paciente.

El tiempo estimado que espera un paciente para recibir atención en este Centro de Salud es alrededor de 1 a 4 horas; entendiéndose que es desde que ingresa al Centro de Salud, hasta que sale con sus medicamentos factor que también con lleva a la disminución de la calidad de la atención.

Teniendo en cuenta la procedencia de los pacientes; del 100% de atenciones que brinda el Centro de Salud, el 40% es una población extranjera, por lo que solo el 60% pertenece a la comunidad de azogueña; pero de este 60% de la población, solo el 64% utiliza los servicios de MSP, ya que el resto acude a los otro sistemas de salud (IESS, medicina privada).

La participación comunitaria en este centro de salud era casi nula; existiendo un comité de salud que únicamente se reúne una o dos veces al año para conocer un informe ejecutivo sobre la situación económica. La comunidad y sus líderes no están empoderados de sus derechos, peor aun de la existencia del actual modelo pese a que su participación es muy importante para desarrollar el mismo.

Hace parte de éste trabajo, medir el nivel de posicionamiento público del modelo, observando que hasta ahora no ha habido la suficiente difusión e información por parte de las autoridades y no se contaba ni siquiera con una norma clara de cómo desarrollar ni como llevar adelante las fichas familiares, al punto de que cada EBAS ensayan su propia forma y estrategia para trabajar con la comunidad y lograr compromisos.

Para realizar el Diagnóstico de Salud se lo efectuó con las fichas familiares y con las causas de morbi-mortalidad del Centro de Salud N°1 de Azogues. En los cuadros de estudio de datos y fotografías, se observan tanto las proyecciones de población, cuanto los grupos programáticos del Centro de Salud a través de los EBAS y mapas parlantes de los diferentes sectores de la ciudad. Se estudian los riesgos biológicos, sanitarios y socioeconómicos; llegando luego a establecer una base teórica en torno a la promoción y prevención como ejes fundamentales del sistema de salud pública; así como

también recopilación de datos de los últimos 5 años en inmunizaciones, primeras consultas de niño sano menor de un año y primeras consultas de planificación familiar.

Un proceso de tan amplia y ambiciosa naturaleza, tiene una dialéctica y una dinámica que requiere en todo tiempo y momento del involucramiento del personal de salud, puesto que los cambios generan resistencia pero cuando son positivos conllevan además un beneficio, que en éste caso redundaría en mejora de la salud de la comunidad. En el tintero se mantienen aún ideas y utopías, pensadas con el norte de construir un modelo de salud cada vez más perfectible y humano en pro de la Salud Pública del país, debiendo asimilar a ésta época como un tiempo fecundo y proceso histórico de cambios.

“La Salud se construye donde la gente vive, trabaja, ama y se divierte

CAPÍTULO II

FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1.- SALUD:

La Organización Mundial de la Salud dice que *“salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no únicamente la ausencia de enfermedad...”* (1); es decir, que la salud se puede conseguir aún cuando haya enfermedad o discapacidad o puede haber mala salud aún en ausencia de enfermedad. Este concepto tiene un enfoque positivista, máxime cuando integra lo biopsicosocial, considerando la salud en su globalidad.

En nuestro país la Constitución vigente (2008) en el artículo 32 define 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, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir...”* (11).

Para analizar este significado hemos de tener en cuenta la relación que hay entre cultura, interculturalidad y salud, pues como decía Monseñor Leonidas Proaño: *“...una sociedad intercultural es aquella en donde se da un proceso dinámico, creativo, sostenido y permanente de relación, comunicación y aprendizaje mutuo...”*, lo que conlleva a entender cómo la gente conoce y hace prácticas de salud distintas a las científicas. Por lo tanto, esto demanda que las unidades de salud organicen su atención en base a las necesidades identificadas en las comunidades de su ámbito, difundan y promuevan sus servicios y vinculen su acción con otras organizaciones locales, instituciones para encontrar soluciones conjuntas.

2.2.- ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (1; 7; 10):

Para comprender cuál es el Modelo de Atención en Salud, partimos por conocer: ¿Qué sistema de salud impera no solo en el Ecuador sino en todo el mundo?; por tanto, es lógico describir cómo está relacionada la Atención Primaria en Salud (APS).

2.2.1.- Concepto Inicial: La atención primaria de salud (APS) es el conjunto de cuidados de salud básicos contruidos sobre métodos y tecnología prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, que son accesibles a individuos y familias, a través de su plena participación a un costo que la comunidad y el país puedan sufragar. La (APS) trató de constituirse en la columna vertebral del sistema de salud, siendo por lo tanto su función esencial, el desarrollo económico y social de la comunidad.

Con el advenimiento de la globalización, el sistema capitalista impuso en el mundo el imperio de la empresa, de la circulación de capitales, de la privatización de servicios públicos, lo cual sin duda conllevó a un deterioro en la atención de salud, complicado los esfuerzos dirigidos a afrontar las necesidades de salud de las poblaciones; dentro de este contexto, en el año 2005 luego de la última reunión de la OMS, se cambió el concepto de Atención Primaria en Salud por: ***“...un enfoque para organizar a las comunidades en torno a la salud y darles el poder de tomar acciones sobre un amplio rango de determinantes en salud, encaminado a la “promoción de la salud...”*** (13).

Si estudiamos la declaración de Alma Ata del 12 de septiembre de 1978 que definió la atención primaria en salud como: *“...La atención esencial de salud basada en métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, así como con tecnología universalmente accesible para los individuos y las familias en la comunidad, a través de su total participación y a un costo que la comunidad y el país puedan mantener...”* El primer elemento de un proceso continuo de atención en salud, es el primer contacto

con los individuos, la familia, y la comunidad, lo que implica llevar los servicios a donde la gente vive y trabaja.

Este concepto de APS fue cambiado en 1979 por el de **Atención Primaria en Salud Selectiva (APSS)** buscando intervenir en causas más comunes, como por ejemplo la mortalidad infantil, considerando que era más fácil actuar e implementar este modelo, que la noción más integral de la APS. En los países europeos la Atención Primaria es el primer nivel de efectividad de los servicios de salud, países como España, Italia, Finlandia, se han enfocado en fortalecer y ampliar la atención primaria y promover la equidad en el financiamiento de los servicios de salud, descentralizando la autoridad y la administración e incluyendo como es lógico suponer, un mayor énfasis sobre las familias, impulsando medios de participación comunitaria e incrementando las acciones intersectoriales (13;14;15).

2.3.- ENFOQUES DE LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD:

En los últimos 25 años la APS en América Latina y el Caribe ha sido interpretada de distintas maneras y desde distintos puntos de vista, es así que actualmente es considerada como una prioridad regional, impulsada mediante estrategias nacionales para buscar la igualdad en salud y llegar a un mejor desarrollo sustentable, a continuación enumeraremos los diferentes enfoques de APS:

- **Atención Primaria Selectiva (APSS):** Se enfoca en torno a un número limitado de servicios que tengan alto impacto, dirigidos a los países en desarrollo que carecen de recursos para implementar cambios más amplios en sus sistemas de salud.
- **Atención Primaria** (1;7): Es el puerta de entrada al Sistema de Salud, es el lugar donde se va a dar la atención y a donde va a acudir la población. Este concepto está relacionado con la disponibilidad de médicos con especialización en medicina general o familiar; enfoque

que está comenzando a expandirse, para incluir acciones en la comunidad.

- **Alma Ata “APS Integral”:** La declaración de Alma Ata define a la APS como el primer nivel de atención integral e integrada que incluye elementos de participación comunitaria, coordinación intersectorial y confianza en diversos trabajadores de la salud y profesionales tradicionales (7; 13).
- **Enfoque de Salud y Derechos Humanos:** Este enfoque hace hincapié en el concepto de salud como un derecho humano y la necesidad de abordar los amplios determinantes sociales y políticos de la salud. Defiende que el contexto social y político de la APS ha dejado atrás los aspectos específicos de la enfermedad, enfatizando que las políticas de desarrollo deben ser más inclusivas, dinámicas, transparentes, respaldadas por la legislación y sustentadas por compromisos financieros, para lograr mejoras de salud equitativas (1;7;13;14).

En una encuesta realizada por la OPS se colige que la población de América latina percibe a la APS como el primer nivel de atención y la parte formal de salud, lo que significa en otras palabras que le ven como la puerta de entrada del sistema de salud.

Los principales campos de acción en los que la APS ha hecho mejoras son en: inmunizaciones, salud materno infantil, prevención y tratamiento de enfermedades crónicas, acceso a medicamentos esenciales, esperanza de vida, promoción de la salud, salud pública, entre otras.

Teniendo en cuenta que la APS se implementó en 1950 y a pesar de las diferencias que son evidentes se han conseguido logros en los indicadores de salud, como ejemplo: Disminución de la mortalidad infantil en un 25%, aumento de la esperanza de vida a 74 años, disminución de las enfermedades transmisibles y muertes perinatales, ampliación de la

cobertura de inmunizaciones (sobrepasando el 80%), erradicación de enfermedades como la polio, y en gran medida la difteria, sarampión y tosferina, de las cuales se han diagnosticado muy pocos casos (15).

2.4.- MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL, FAMILIAR, COMUNITARIO E INTERCULTURAL (MAIS-FC): (2; 3; 4; 5; 6)

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) en el mes de abril del año 2008 decretó una nueva política de salud, el Modelo de Atención Integral, Familiar, Comunitario e Intercultural tratando de priorizar a la persona, familia y comunidad como corresponsables del cuidado de la salud para que las actuales y futuras generaciones adopten prácticas y estilos de vida saludables.

Con este nuevo modelo se pretende que la atención de salud comprenda un conjunto de sistemas, procesos y acciones que permitirán reorganizar la oferta sanitaria o social para cubrir las necesidades de salud de la población. Para poder desarrollar el nuevo modelo sistémico de atención se lo ha dividido en 4 procesos:

a.- Primer Proceso: En las Unidades Operativas la conformación de los equipos básicos de salud (talento humano), se realizará de la siguiente forma:

- Cada equipo básico -EBAS- estará integrado por un médico, enfermera, obstetriz, auxiliar de enfermería, odontólogos y líderes de la comunidad.
- Se dotarán de elementos básicos para la atención, cada equipo contará con: una mochila, set de diagnóstico, tablero, fichas familiares, partes diarios, etc.
- Se realizará la identificación geo-poblacional, identificación de sectores barrios, manzanas, viviendas y familias; luego de esto se elaborará un pequeño diagnóstico de salud.

b.- Segundo Proceso: Preparación y socialización del proyecto; que incluye la etapa de visitas domiciliarias con el llenado de la ficha familiar y calificación del riesgo en el que se encuentra la familia, es decir riesgo leve, moderado y grave.

c.- Tercer Proceso: Participación de la familia y comunidad. Es decir la construcción de un plan consensuado y participativo de la comunidad, con sus actores sociales locales.

- Elaboración del Perfil Epidemiológico, Plan Estratégico, Poa-Plis.

d.- Cuarto Proceso: Implementación del sistema de registro y seguimiento de la ficha familiar (registro diario, historia clínica, tarjetero).

- Unidades de salud adaptadas para realizar atención integral por ciclos de vida generacional.

2.4.1.- FICHA FAMILIAR ⁽²⁾:

Concepto: Es un instrumento de registro, diagnóstico y seguimiento que proporciona información básica de las condiciones de salud de las personas, las familias, su ambiente y de las acciones realizadas por el personal de salud (6).

Objetivo: Conocer el estado de la situación actual de salud de las familias para tomar decisiones conjuntas, que permitan mejorar la salud de las misma y el desarrollo de la comunidad, por lo tanto es la puerta de entrada para trabajar en la implementación del Modelo de Atención que otorga el Estado (6).

Para Que Sirve:

- Como herramienta para recolectar información de la familia y comunidad sobre salud, vivienda, educación;
- Como información e instrumento de registro de las acciones en salud y por ende como un documento de planificación y gestión de salud;
- Permite trabajar e identificar los riesgos de las familias; y,
- La ficha puede ser utilizada por diferentes programas y proyectos de distintos Ministerios para encaminar decisiones conjuntas.

2.4.2.- CONTENIDO DE LA FICHA FAMILIAR:

- Encabezado: Describe la información general, nombre de la unidad operativa, de la familia, ubicación geo-referencial.
- Miembros De La Familia Por Grupos De Edad: Detalla nombre y apellido, y ubicación según rango de edad: Menores de 1 año, de 1 a 4 años, 5 a 9 años, de 10 a 19 años de 20 a 64 años y de 65 años o más. Su parentesco, sexo, ocupación, grado de escolaridad. Continúan casilleros de esquema completo de vacunación, salud bucal, riesgo o enfermedad crónica o patología no diagnosticada, discapacidad y por último, número de historia clínica o número de cédula.
- Embarazadas: Registra datos como la fecha de la última menstruación, fecha probable de parto, semanas de gestación, vacunación DT, antecedentes gineco-obstétricos y patológicos.
- Mortalidad Familiar: Contiene miembros fallecidos consanguíneos y políticos durante los 5 últimos años
- La firma de responsabilidad del llenado.

2.4.3. Calificación Del Riesgo Familiar: Este bloque identifica los grupos de riesgo en 3 categorías, y a cada uno le da variables para ser llenadas:

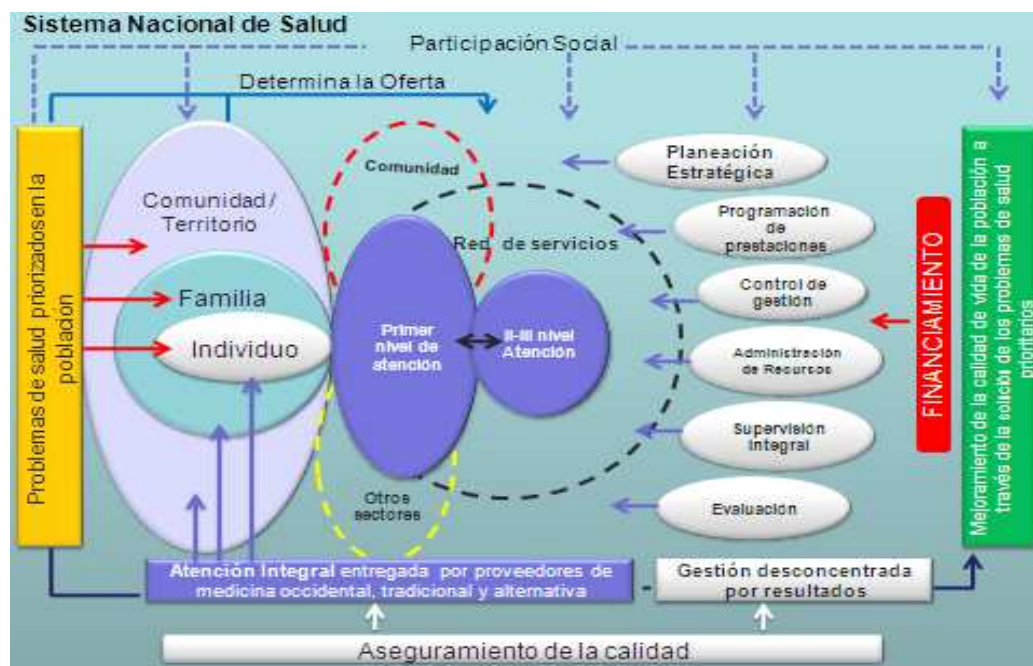
- **RIESGOS BIOLÓGICOS:** Vacunación incompleta, malnutrición, enfermedades de impacto, embarazadas con problemas, discapacidad, y personas con problemas mentales.
- **RIESGOS SANITARIOS:** Consumo de agua insegura, mala eliminación de basura y excretas, mala eliminación de desechos líquidos, impacto ecológico por industrias y animales intradomiciliarios.
- **RIESGOS SOCIOECONÓMICOS:** Pobreza, desempleo, empleo informal del jefe de la familia, analfabetismo y desestructuración familiar, violencia, alcoholismo, drogadicción, malas condiciones de la vivienda y hacinamiento.
- **CALIFICACIÓN:** y cada ítem tiene un valor de 0 a 4 puntos luego se sumará estos valores y nos darán una calificación total con los siguientes rangos según la guía del manejo de la ficha familiar ver en anexo 3:

- **Sin Riesgo:** 0
- **Riesgo Bajo:** 1 a 14
- **Riesgo Medio:** 15 a 34

- **Familiograma:** Utiliza una simbología que esquematiza en forma general la estructura y dinámica de sus integrantes, de manera que a simple vista permita conocer la relación de consanguinidad de cada uno de ellos entre sí, y nos indica los riesgos de transmitir enfermedades familiares y poder intervenir.
- **Lugar o Persona a la que Acuden al Tratamiento:** Aquí se registrará cual es el lugar o centro de prestación de salud al que acude la familia, sea de medicina tradicional, convencional o alternativa.
- **Evaluación Del Riesgo Familiar:** Comprende 3 bloques de riesgo, actividades programadas por la familia, y el equipo de trabajo así

como la evaluación del cumplimiento (sí, no o parcialmente). Observaciones de lo que llame la atención o incluso del incumplimiento aquí está la fecha de la evaluación y firma del responsable del llenado.

2.4.4 MAIS-FC 2010: (3; 4; 6) La Secretaria de Extensión de la Protección Social SEPSS vuelve a emitir una nueva guía, en donde los principios básicos son los mismos del año 2008 cuando se creó el modelo, tratando que las comunidades interactúen con los servicios que presta el MSP y de esta manera elevar su calidad de vida.



Fuente: MAIS-FC 2010

Como se puede apreciar en el cuadro, el modelo espera crear Redes que integren al primer nivel que debe ser considerado como la puerta de entrada y enlazando al segundo nivel Hospitales básicos y Generales para que coordinen y cada una tenga sus funciones específicas, para llegar a la población con “equidad”, articulando un sistema integral de salud.

Con este esquema se sigue insistiendo en el individuo, la familia y la comunidad como el centro fundamental del MAIS-FC y los 4 aspectos para trabajar son promoción, prevención, curación y rehabilitación y a esto se le llaman INTEGRALIDAD, prestando atención a la persona y comunidad en relación a las diferentes etapas que se encuentran en su vida, e interactúan en su medio social, cultural y medio ambiente, donde crecen y se desarrollan sus miembros.

Con la participación activa de la comunidad y sus actores sociales se espera que los resultados institucionales tengan que ver con la productividad, como son el número de atenciones, de fichas familiares llenas, coberturas de los programas del MSP, es decir Impacto Social para mejorar la calidad de vida de la población. Por ejemplo, se espera disminuir la mortalidad materna, reducir embarazos en adolescentes, aumentar las coberturas de partos, reducir la muertes perinatales, disminuir enfermedades por consumo de agua insegura, las infecciones respiratorias, enfermedades como el VIH/ETS, tuberculosis, disminuir enfermedades como el dengue, paludismo, problemas de malnutrición. Además promover la implementación de medidas higiénico-dietéticas, así como el ejercicio para disminuir problemas de hipertensión, diabetes y reducir la muerte por causas oncológicas, violencia y accidentes.

Priorizar a las personas con discapacidad, pretendiendo hasta el 2013 alcanzar el 40% de ocupación, y llegar con todo esto a la meta del Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013

Para llevar el nuevo modelo de salud, se le ha dividido en 5 procesos:

Fase 1

Planeamiento y Programación Descentralizada y Participativa

Este proceso es desconcentrado e involucra a los actores sociales, demanda la elaboración de un Plan de Salud con el cual se desarrollará en función de los problemas y necesidades locales priorizados, que permitan alcanzar los resultados sanitarios, que cumplan con los parámetros establecidos por el Plan de Salud Regional, Nacional y el Plan Nacional del Buen Vivir. En síntesis el planteamiento y programación implica realizar:

- Diagnostico Comunitario de los distritos utilizando datos del INEC y del SIISE;
- En la Sala Situacional, elaborar el mapa parlante, teniendo interés en los riesgos sanitarios, la accesibilidad, isocronía e isometría hacia la unidad operativa de referencia.
- Elaboración de proyectos en salud con la finalidad de intervenir en los problemas de la comunidad
- Realización de censos rápidos: para poder planificar actividades con la población real.

Fase 2 Y 3

Programación Integral De Las Prestaciones Y Compromisos De Gestión

Consiste en elaborar el PLIS, es decir lo desarrollará el distrito apoyado por las unidades operativas para llegar a conseguir acuerdos en torno a las metas.

Fase 4

Talento Humano

Mantener coordinación con las políticas y estrategias del talento humano redactadas por el MSP en el año 2008, siendo la variación que la coordinación estará a cargo del Distrito, priorizando actividades según sea la profesión.

Fase 5

En donde se va a dar la supervisión, monitoreo y evaluación

Todo proceso de salud debe ser permanentemente monitorizado, mediante la elaboración de un plan de supervisión, vigilar el cumplimiento de las actividades asignadas. Para la supervisión se deben establecer objetivos para obtener los indicadores generados por las normas de atención del modelo.

En fase implica además:

- Formulación del informe y seguimiento de los puntos acordados, sobre todo en los indicadores de alto impacto;
- Conformación de redes: con la población y territorios definidos, según los establecimientos de salud tanto públicos como privados, en donde se presta atención del primer nivel y segundo nivel.
- Centrando la atención en la persona, la familia y la comunidad incluyendo y respetando las diferencias culturales, de género y generacionales.
- Teniendo en cuenta que por cada 3.000 personas en el área rural deberá existir 1 equipo básico y la atención será en un 70% extramural y 30% intramural. Y para 5.000 habitantes en la zona urbana 1 equipo básico. Debiendo tomar en cuenta que las actividades a desarrollarse serán a la inversa.

Esto permitirá el compromiso político del MSP y la aceptación y vinculación interinstitucional para desarrollar APS renovada y con todo esto conseguir el anhelado *Sumak Kausay*.

2.5.- EXPERIENCIAS DE LA APS EN OTROS PAISES:

2.5.1.- CUBA.- Para este país socialista del Caribe latinoamericano, la APS es la estrategia de desarrollo de la salud pública, basada en principios de

justicia social, (7) expresados nítidamente en la Constitución de la República de Cuba que en su Art. 50, califica a la salud como un derecho garantizado por el Estado con:

“...La prestación de la asistencia médica y hospitalaria gratuita, mediante la red de instalaciones de servicio médico rural, de los policlínicos, hospitales, centros profilácticos y de tratamiento especializado; la prestación de asistencia estomatológica gratuita; el desarrollo de los planes de divulgación sanitaria y de educación para la salud, exámenes médicos periódicos, vacunación en general y otras medidas preventivas de las enfermedades. En estos planes y actividades coopera toda la población a través de las organizaciones de masas y sociales...” (19; 21).

El enfoque cubano se centra en el empleo de médicos y enfermeras de salud familiar, que proveen atención integral, integrada e intersectorial en áreas geográficamente definidas de cobertura universal; el Ministerio de Salud de Cuba cuenta con más de 76.00 médicos, lo que significa una relación de un médico por 168 habitantes, de los cuales 30.000 son médicos de la familia, distribuidos en todo el país; es decir, más del 97% de la población cubana está cubierta con un médico y enfermera de la familia. Existen 381 áreas de salud, mediante el programa del médico de la familia se espera alcanzar el 100% en los próximos años. Las prioridades del Equipo Básico de Salud (EBS), son: Los Programas Materno Infantiles, Enfermedades Crónicas no Transmisibles, Enfermedades Transmisibles y Atención al adulto mayor (20).

Cuba es un país socialista, cuenta con un sistema único de salud, durante los años de 1990 a 1996 se produjo una parcial restricción en la disponibilidad de recursos, por la crisis económica mundial y por el bloqueo económico impuesto por el gobierno de los EE.UU, que se agudizó con el derrumbe del campo socialista de Europa del Este, lo que generó el inicio de un período de austeridad económica denominado “periodo especial”, en el que pese a la compleja situación económica del país, se definió como

política de Estado, mantener las conquistas de la revolución en educación, salud y empleo; para lograrlo se ratificaron dos principios constitucionales de la salud pública cubana:

- Que el sistema de salud continuará siendo totalmente financiado por el presupuesto estatal.
- Que se mantendrá la cobertura y la accesibilidad total a los servicios de salud para la población mediante la gratuidad.

2.5.1.1.- ¿CÓMO FUNCIONAN LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD EN CUBA?- El binomio conformado por el médico y la enfermera de la familia constituyen la base del sistema de salud y de la atención primaria de salud en Cuba.

La organización de trabajo del EBS debe dar respuesta a las necesidades de salud de la población, su planificación comprenderá actividades de:

1. **Consulta:** Como mecanismo de encuentro y comunicación entre el paciente y su familia con el EBS para el conocimiento y solución de los problemas identificados en el hogar; la consulta puede ser programada, el paciente es visto en el consultorio previa cita; o espontánea cuando el paciente o la familia lo requiera.
2. **Terreno:** Actividad realizada por el EBS fuera del local del consultorio (visita hogar, hospital u otras instituciones de salud). La misma debe ser:

Planificada, Priorizada en base a las solicitudes de visitas de hogar, consulta **deslizante**, se pueden realizar previo consenso con la comunidad y aprobación del policlínico. Y **Consultas Vespertinas o Nocturnas**.
3. **Interconsultas:** Como mecanismo de intercambio científico técnico que establece el EBS con otro especialista, para llegar a un diagnóstico, definir un pronóstico y establecer conducta.

4. **Cobertura:** Para garantizar la cobertura geográfica en territorio, se encuentra debidamente planificada y estructurada en el país una red de EBS que cubre en su totalidad, barrios urbanos y poblaciones rurales; estableciendo responsabilidades a dúos (médico – enfermera) y tríos (médico – enfermera – odontólogo).
5. **Organización:** entre los dúos y tríos de los EBS están: Garantizar la atención a la población con oportunidad, calidad y calidez; vincular a docentes y estudiantes en los dúos y tríos; contemplar a todos los espacios poblacionales como: Comunidad, centros de trabajo, escuelas, círculos infantiles.
6. **Evaluación:** Que se cumple con periodicidad semestral, estableciendo rigurosos indicadores para lograr un mejoramiento continuo del sistema en beneficio de la población atendida.

Con este sistema en Cuba se ha logrado intervenir en todos los determinantes de salud, educación, vivienda, saneamiento ambiental, nutrición, empleo y desarrollo comunitario. Logrando disminuir la tasa de mortalidad infantil del 60x1000 a 15x1000, y aumentando la esperanza de vida de 65 años a 77,9 años siendo mayor en las mujeres; la tasa de alfabetización es del 96%, la tasa de mortalidad es del 8,1 x 1000 habitantes, las 15 causas de enfermedades infecciosas no constituyen un problema para Cuba. (19; 21; 23; 24)

2.5.2.- BRASIL.- La República Federativa del Brasil posee un área total de 8,5 millones de km² y está formada por 26 estados, un Distrito Federal y 5.560 municipios. Las unidades federales se distribuyen en cinco macrorregiones: Norte, Nordeste, Sudeste, Sur y Centro-Oeste, con características climáticas, sociales y económicas bastante diversas.

Las políticas de Atención Primaria son la suma técnico-política de los tres niveles de gestión del Sistema Único Salud (**SUS**), con la implementación del Programa de Agentes Comunitarios de la Salud (PACS) y de la

estrategia de Salud de Familia, como elementos esenciales para la reorientación del modelo de atención, esto hace posible la identificación de un conjunto de contenidos relativos a las bases conceptuales y operacionales de lo que se ha denominado “Atención Primaria de Salud en Brasil”, y de sus relaciones con los demás niveles del sistema. Se fundamenta en los ejes transversales de la universalidad, la integralidad y la equidad, en un contexto de descentralización y control social de la gestión, principios asistenciales y organizativos del SUS, consignados como norma Constitucional.

La expansión y la calificación de la atención primaria, organizadas por la estrategia.

Salud de la Familia, se componen por una parte, del conjunto de propiedades políticas presentadas por el Ministerio de la Salud y aprobadas por el Consejo Nacional de la Salud. Esta concepción supera la antigua proposición exclusivamente centrada en la enfermedad, desarrollándose por medio de prácticas administrativas y sanitarias, democráticas y participativas, bajo la forma de trabajo en equipo, dirigidos a poblaciones de territorios delimitados, por los cuales asumen responsabilidad.

Como principio rector de este sistema, se considera a la participación social, mediante la vinculación de los pacientes con los Equipos de Salud de la Familia (**ESF**), haciendo posible el compromiso y la corresponsabilidad de estos profesionales con los usuarios y la comunidad. Las actividades con la comunidad se articulan a través del Programa de Agentes Comunitarios (**PAC**) responsable del mejoramiento en las conductas de salud, con resultados que se reflejan en el aumento de la participación social como componente del crecimiento del desarrollo social. Han identificado las necesidades con enfoque familiar y visitas familiares (25).

Su desafío es el de ampliar sus fronteras de actuación con la finalidad de mejorar las soluciones de atención, donde la Salud de la Familia es

comprendida como la estrategia principal para el cambio de este modelo, que siempre deberá integrar todo contexto de reorganización del sistema de salud.

Con la Constitución de 1988, se creó el Sistema Único de Sanidad (SUS), que pasó a tener como meta la cobertura universal de toda la población brasileña e incorporó los hospitales universitarios del Ministerio de Educación y las redes públicas y privadas con convenio de sanidad en los Estados y Municipios, formando un sistema que, teóricamente, tiene alcance nacional; debido a que el Estado posee una limitada infraestructura hospitalaria (a diferencia de su fortaleza en establecimientos básicos), el SUS suple esta falencia contratando Clínicas y establecimientos privados; lo que en Brasil se denomina el trabajo de los equipos de Salud de la Familia, es el elemento clave para la búsqueda permanente de comunicación e intercambio de experiencias y conocimientos entre los integrantes del equipo y aquellos con el saber popular del Agente Comunitario de la Salud.

Los equipos están compuestos, por lo menos:

- Por un médico de familia;
- Un enfermero/a;
- Auxiliar de enfermería;
- 6 agentes comunitarios de la salud. (en proporción de un agente por un máximo de 150 familias o 750 personas); y,
- Cuando es ampliada: Un odontólogo, un auxiliar de consultorio dental y un técnico en higiene dental.

Cada equipo es responsable de cerca de 3.000 a 4.500 personas, o de 1.000 familias de una determinada área, y estas pasan a tener corresponsabilidad en el cuidado de su salud. La actuación de los equipos ocurre principalmente en las unidades primarias de salud, en las residencias y en la movilización de la comunidad, caracterizándose, como puerta de

entrada a un sistema jerárquico y regionalizado de salud; por tener un territorio definido, con una población delimitada, bajo su responsabilidad; intervenir sobre los factores de riesgo a los cuales la comunidad está expuesta; prestar asistencia integral, permanente y de calidad y realizar actividades de educación y promoción de la salud.

Como se mencionó anteriormente las condiciones sanitarias en Brasil varían de una región a otra. Las ciudades más grandes cuentan con suficiente infraestructura, pero las regiones del interior sufren escasez de médicos, enfermeras, hospitales, clínicas y farmacéuticos. Brasil en el año 2.000 contaba con más de 55.000 establecimientos ambulatorios de salud, de los cuales el 77.4% eran públicos, contrastando con el componente hospitalario, donde de las 486.477 camas, el 64.7% eran privadas, el 9.1% de hospitales universitarios y tan solo el 26.2% eran públicos; para la misma época habían 11.063 unidades de cuidados intensivos de las cuales el 50.8% eran privados, el 26.6% de hospitales universitarios y el 22.7% públicos; en recursos humanos se contaba con 328.000 médicos que corresponde a 1.9/1000 habitantes, 145.422 odontólogos es decir 0.9/1000 habitantes y apenas 90.020 enfermeros los cuales cubren el 0.5/1000 habitantes.

Para el 2005, el programa creado en 1993 estaba aplicándose en 4.986 municipios, con 24.600 equipos en funciones que ofrecían cobertura al 44% de la población del país (78 millones de personas). En el 2005, el MS destinó \$ 2,7 mil millones a la estrategia de salud familiar para financiar el 60% del costo de los equipos y apoyar los proyectos de capacitación. El programa tiene mecanismos diferenciados para las zonas más pobres y de población más dispersa, en particular la zona rural de la Amazonía y los municipios con menos de 30.000 habitantes y un índice de desarrollo humano igual o menor a 0,7 en las demás regiones. Para esas áreas se aumenta en un 50% el monto de los incentivos para el PSF y los equipos de salud bucal.

En el 2006, 87 millones de personas fueron atendidas por 27 mil equipos de salud familiar, presentes en el 92% de los municipios brasileños. Ese mismo

año, el SUS logró la provisión de 2,3 mil millones de procedimientos ambulatorios, 300 millones de consultas médicas, 11,5 millones de hospitalizaciones. Realizó 15.000 trasplantes y más de 200.000 cirugías cardíacas (25; 26; 27).

2.5. 3.- COSTA RICA.- Costa Rica es uno de los países de América Latina con buen desarrollo del Sistema de Salud, sus logros son el resultado de la continuidad de políticas de Estado, con énfasis en una inversión significativa en salud la cual llega al 7% del PIB, lo que ha permitido dar cobertura a un 98.9% de las hospitalizaciones, la inmunización ha llegado a un 95% de la población, y el saneamiento llegó a un 96% de las viviendas, así como la esperanza de vida superó los 74 años. Por lo tanto es uno de los países que utiliza un enfoque sobresaliente de APS integral, (11).

Durante los años ochenta, en Costa Rica, se evidenció una crisis del modelo de atención de salud en relación con la respuesta que estaba dando a las demandas y necesidades de la población en ese campo. Entre las principales causas de la crisis se señalaron entre otras: Duplicidad de funciones entre la Caja Costarricense de Seguro Social y el Ministerio de Salud en actividades de promoción y prevención de la enfermedad; insatisfacción de usuarios(as) y prestatarios(as) de los servicios; así como una limitada participación social.

El objetivo general del modelo de atención es garantizar a todas las personas, el derecho a la atención básica desde los servicios de salud, para protegerlas del riesgo de enfermar, así como para facilitarles las condiciones básicas para el pleno desarrollo de sus potencialidades y el logro de sus aspiraciones.

Sus características son universalidad, solidaridad y equidad; se sustentan en las experiencias positivas del país logradas a partir de la década de los años setenta, cuando se implementó la estrategia de Atención Primaria, razón por la cual se la retoma y la fortalece mediante la *atención integral e integrada*.

Para garantizar el conocimiento y el seguimiento de los individuos y las familias, en el primer nivel de atención se asigna un equipo de salud que se responsabiliza de que la atención, se ofrezca de manera continua y evite la desfragmentación. El equipo de salud está conformado en este nivel por (29):

➤ **Equipo de Apoyo:** 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 **E.B.A.I.S.** (equipos básicos de atención integrada en salud) que 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

Adicionalmente, el equipo de apoyo cuenta con recursos humanos del área administrativa.

➤ **Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (E.B.A.I.S.):** A su vez, cada una de las áreas de salud se subdivide en dos o más sectores de salud que son divisiones geográficas en las que, en promedio, viven entre 4.000 y 4.500 personas; está formado por:

- ✓ 1 médico/a general

- ✓ 1 auxiliar de enfermería,
 - ✓ 1 asistente técnico de atención primaria en salud (A.T.A.P.S.)
- **Participación social:** El modelo readecuado de salud propicia un cambio de actitud en la sociedad respecto de la salud, ya que está dejando de ser un asunto eminentemente individual, para convertirse en una situación colectiva, que es responsabilidad de todos mantenerla, preservarla y mejorarla. Debido a esto, en la implementación del modelo la participación social se promueve con la finalidad de construir cambios de hábitos para mejorar la calidad de vida (1; 7; 11; 29).

CAPÍTULO III

3.- HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

3.1 HIPÓTESIS

- Con la implementación del Modelo de Atención de Salud (MAIS) se espera mejorar la integralidad, cobertura y calidez en la atención, así como también la prevención primaria.
- Se buscará la participación comunitaria, para realizar el diagnóstico de salud para luego poder establecer compromisos, entre las familias y los equipos de salud, y con esto acrecentar el proceso participativo.

3.2 OBJETIVOS

3.2.1 OBJETIVO GENERAL:

- Valorar los logros del Modelo de Atención de Salud (MAIS-FC) a través de la ficha familiar; y a su vez analizar cómo está influyendo en la promoción, prevención en la atención médica que brinda el Centro de Salud N°1 de Azogues.

3.2.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Elaborar el diagnóstico de la situación de salud familiar y comunitaria, a través de los datos obtenidos de la familiar, aplicadas por los EBAS
- Identificar los riesgos biológicos, sanitarios y socioeconómicos de la familia, mediante el estudio de las fichas familiares.
- Establecer los avances del modelo de atención en la promoción de la salud, a través del cumplimiento de los compromisos adquiridos por la familia, comunidad y equipos EBAS.

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

Como parte del diseño metodológico se tomó en cuenta los siguientes aspectos:

Tipo de Estudio

El estudio utilizado es un estudio descriptivo de tipo observacional, que trata de dar respuesta a los indicadores, analizando el fenómeno sin alterar sus condiciones y sus factores dominantes en relación causa-efecto.

Para su análisis y procesamiento de formularios, se utilizó metodologías cuantitativas por medio de la aplicación de la Ficha Familiar implementada por el MSP.

La ficha familiar fue realizada a todas las familias de cantón Azogues y en las 3 parroquias urbano marginales en las hay Puestos de Salud (Borrero, Zhapacal y Bolivia) que son parte del Centro de Salud N ° 1, sobre todo poniendo énfasis en la calificación de los riesgos biológicos, sanitarios y socioeconómicos, así como la valoración de la participación familiar y comunitaria según los compromisos cumplidos. Y las actividades tanto preventivas como de morbilidad del Centro de Salud

Universo

El estudio se realizó en la ciudad de Azogues, el universo lo constituyen todas las familias que se encuentran bajo la responsabilidad de atención del Centro de Salud N°1 de Azogues. La información se recolectó a través de la Ficha Familiar llenadas por los 8 Equipos Básicos de Atención de Salud, a estos se les sumó los 3 EBAS de los puestos de salud; por lo tanto, los datos del universo son los que se encuentran registrados en la totalidad de las

Fichas Familiares levantadas, las mismos que han sido tabuladas por cada grupo, según la población asignada , por la densidad poblacional de cada sector, es decir se han llenado 4030 fichas, lo que nos da una población de 19.199 habitantes.

La unidad de análisis y observación fueron: Las familias del cantón Azogues y la atención médica que brinda el Centro de Salud, tomando en cuenta la actividad tanto intra como extramural.

Variables

Las variables estudiadas fueron: sexo, edad, nivel de educación, enfermedades agudas o crónicas, riesgos biológicos, sanitarios y socioeconómicos encontrados en las fichas familiares. Y medir la participación comunitaria a través de los compromisos cumplidos por la familia y la unidad operativa. Además de indicadores de promoción y prevención a través de producción y cobertura del Centro de Salud como consecuencia de la implementación del modelo como inmunizaciones, planificación familiar, control del niño sano.

Criterios de Inclusión

Todas las familias que viven en el cantón Azogues y que al Centro de Salud N°1 le corresponde vigilar el estado de bienestar y salud. Los datos obtenidos en la ficha familiar fueron realizados exclusivamente por el personal que labora en el al Centro de Salud N°1.

Criterios de Exclusión

Se han excluido de las en donde habitan personas que no vivan en el sector a pesar de que pasan la mayor parte de su tiempo aquí, ya que se dedican al comercio; puesto que se duplicaría la información, ya que en el lugar de su residencia se ha tomado los datos de la ficha familiar.

Y al sector 4 que está bajo la responsabilidad del Centro Médico Popular del Municipio (esto se puede apreciar en el mapa correspondiente).

Socialización de los Avances

Los avances de la tesis se socializaron en las reuniones de evaluación mensual en el Centro de Salud, durante los meses de septiembre, octubre, noviembre y terminando en el mes de diciembre del año 2010 y cuando los datos fueron tabulados se socializaron con todo el personal del Area 1, y se pudieron recoger, ideas, sugerencias para mejorar el desarrollo no solo de la tesis sino del modelo de atención y del llenado de la ficha.

Procedimientos y Recolección de Datos

Sirvieron para el estudio las fichas familiares implementadas en el año 2009 por el Ministerio de Salud Pública, a la ficha se le utilizó como encuesta que fue dividida en 3 partes:

1. Información general;
2. Evaluación de los riesgos encontrados; y
3. Evaluación de los compromisos de la comunidad y de la unidad operativa

Procedimientos para Garantizar Aspectos Éticos

- Toda la información recolectada, fue manejada con responsabilidad y veracidad, y los datos utilizados son debidamente autorizados para esta investigación.
- Ningún EBAS fue obligado a prestar su colaboración, ni información; y
- Se explicó que la información de los resultados obtenidos serán de beneficio para todos, puesto que servirá para mejorar en la aplicación del MAIS-FC y para que el Area de Salud nos apoye en los cambios que sean necesarios.

Criterios para el Análisis

Se trabajó en dos aspectos: Para la recolección de datos y posterior análisis de la Ficha Familiar se utilizó la guía para la calificación de riesgos del MAIS (Ver Anexo 3).

Luego de esto se creó la base de datos a través del programa SPSS, con la codificación de los mismos y para así poder tabular los datos.

Recursos Humanos y Materiales

Se contó con la participación de los siguientes recursos humanos:

Autora: Marcia Alvarez Vidal.

Director: Msc. Marcelo Sacoto

Asesor: Dr. Jaime Morales

Colaboradores: Se recibió la colaboración de todos los compañeros médicos, odontólogos, enfermeras, auxiliares de enfermería que laboran en el Centro de Salud N°1 de Azogues, quienes al formar parte de un EBAS ayudaron en la recolección de datos. Para esta tarea también brindaron todas las facilidades el Jefe de Área y el Director del Centro de Salud.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA A TRAVÉS DE LOS DATOS OBTENIDOS EN LA FICHA FAMILIAR, APLICADAS POR LOS EBAS

5. CONTEXTO (7; 23):

5.1.- Antecedentes históricos, políticos y socio-culturales.- La provincia de Cañar está ubicada en la región Sierra (parte central de la Cordillera de los Andes) en la latitud 2.44", longitud 78.50 oeste; fue creada el 3 de Noviembre de 1880, por el Congreso de la República, como una desmembración de la provincia del Azuay con el nombre de provincia de Azogues, formada por el cantón de este nombre, el cantón Cañar y la Parroquia de Déleg. Transcurridos cuatro años de su creación, el 3 de Noviembre de 1884, se modificó el nombre por el de "Provincia del Cañar".

Con una extensión de 4.539 km², una población de 219.628 habitantes (10); su jurisdicción abarca zonas geográficas en regiones de la costa sierra y oriente, lo que da como resultado una variabilidad en su estructura socioeconómica, cultural, climática y medioambiental. Se divide en 7 cantones que son: Azogues, Déleg, Biblián, Cañar, Suscal, El Tambo y La Troncal.

De acuerdo a la cobertura de los servicios de salud se divide en tres Áreas de Salud, que cubren los siguientes cantones:

- Área 1 con cobertura a los cantones: Azogues, Biblián y Déleg.
- Área 2 cubre los cantones: Cañar, Tambo y Suscal.
- Área 3 cubre el cantón La Troncal.

5.2.- CANTÓN AZOGUES.- El cantón Azogues es la capital de la provincia del Cañar, Azogues deriva de Mercurio debido a los yacimientos de este mineral que se encuentran en sus alrededores y que en tiempos de la colonia fueron usados para el proceso de refinación del oro, plata y otros metales preciosos. Narra la historia que tomando el nombre del AZOGUE el de una planta nativa del sector el de una planta nativa del sector denominada Peleusí y del santoral de la fecha de fundación de este asentamiento, se lo bautizó como San Francisco de Peleusí de Azogues, y el 4 de octubre de 1562 se llevo a cabo la fundación de la ciudad de Azogues, formando parte de este acontecimiento Gil Ramírez Dávalos, Pedro Tomás Calvo, Alonso de Manchena, Juan Negrete (Escribano de las Minas), Diego Gonzales de Barco (Escribano Público) además de varios españoles y Cañaris nativos de Upar. En su condición de parroquia durante el colonialismo, alcanzó gran progreso principalmente por el comercio, el intercambio de granos y materiales textiles, la producción de sombreros de paja toquilla.

Cuenta la historia, que el General Ignacio Torres quien cumplía las funciones de Intendente General en consideración al progreso alcanzado, se dirigió al General Francisco de Paula Santander, solicitando que la parroquia de Peleusí de Azogues, sea elevada a categoría de Villa y años más tarde alcanzó la categoría de cantón, mediante Decreto emitido el 16 de abril de 1825.

Actualmente tiene 8 parroquias (Guapán, Cojitambo, Javier Loyola, Luis Cordero, San Miguel de Porotos, Taday, Pindilig y Rivera). La mayoría de su población (aproximadamente el 98%) practica la religión Católica y veneran la imagen de la Virgen de la Nube, considerada como Patrona espiritual de la región.

Al ser la capital de la provincia, es sede de las representaciones de todos los poderes del Estado, por lo tanto constituye el centro político de la provincia, lo que conlleva a la existencia de un gran número de servidores públicos.

El movimiento económico se fundamenta en la actividad comercial, textil, artesanal (sobrereros de paja toquilla) y minera que se desarrolla en el cantón, citaremos como ejemplo el caso de la fábrica de cemento Guapán.

Desde aproximadamente 25 años por las condiciones existentes en el Ecuador, un considerable sector de la población ha emigrado hacia el extranjero, principalmente a los Estados Unidos de Norte América, España, Italia y Francia. Esto ha mejorando en gran medida las condiciones socioeconómicas de la región por las remesas enviadas por los emigrantes; con las consabidas consecuencias sociales, culturales y económicas negativas, como por ejemplo: Desintegración familiar, la transculturalización, afectando la identidad, aumentando la demanda de bienes muebles y servicios así como la escalada de precios que encarecen el nivel de vida en relación a otras regiones del país.

5.2.1.- CARACTERÍSTICAS GEOPOLÍTICAS.- Se ubica la ciudad de Azogues, en la zona de la sierra sur, a 30 km. de la ciudad de Cuenca, se encuentra a 2.518 metros de altura sobre el nivel del mar.

Son sus límites geográficos:

Al norte: Quinualoma en la Cordillera de Jubal Grande, hacia el sur en línea recta hasta la quebrada de Manzana-Huaico hasta la unión del río Huirapungo, hacia el sur hasta río Tabacay, origen de los ríos Rosario y Nudpud.

Al Sur: Desde Tampanchi en dirección sur hasta el puente de la Victoria sobre el río Azogues hasta la unión con el río Cuenca aguas arriba hasta la quebrada Hatunhuaico o de la Sombra.

Al Este: Con Quinualoma por la cordillera de Allcuquiro, hacia el sur con el río Trinidad hasta la desembocadura en el río Paute, aguas arriba por la cola de San Pablo por Tres Palmas, San Juan Shal, Tampanchi pasando por la quebrada Tarqui y los cerros Huiñahuarte, loma Chimborazo, al Sur Este,

Ramoscuro, Norte, Zongaloma, Verdellano Picopata, Ocapa, Huayracajas, Aguarongo, Pucapushi, Cuyquishpa, Transorellana, Huintul, Bante, quebrada Chocar.

Oeste: Desde el Río Tabacay hacia el sur hasta la quebrada de San Francisco de Sageo, y desde aquel lugar hacia el norte de San Antonio, nuevamente hacia el sur con el río Aguilán unión con el Burgay aguas arriba hasta el hasta San Javier, Guablincay, orígenes del río Déleg; línea recta al sur hasta la quebrada de Hatunhuaico por las abras de Pachamama.

5.2.2 Características Geográficas.-

- **Orografía:** El cantón Azogues posee 2 elevaciones importantes que son el Abuga y el Cojitambo.
- **Hidrografía:** La ciudad esta bañada por los ríos Tabacay y Burgay (este último, afluente del Paute, le recorre de norte a sur).
- **Clima:** Su temperatura está entre los 18 y 22 grados centígrados.
- **La flora y fauna:** Tiene las mismas características que las ciudades del callejón interandino de la sierra del país. Los cultivos más importantes son maíz, papas, trigo, cebada, otros tubérculos, cereales, legumbres y hortalizas. Se encuentran además árboles frutales como los de capulí, el nogal, el chamburu, el tomate de árbol, así como árboles de buena madera: molle, cholán o fresno del país, guabisay, pileu o mil – mil (la planta heráldica de Peleusí de Azogues), etc.

La fauna de Azogues ha sido variada: En la región occidental el puma o león americano, actualmente casi extinguido; en esta región, así como en la oriental, el jaguar o tigre americano, asimismo objeto de implacable caza, la guatusa; en el oriente el oso, los hermosos camélidos sudamericanos (llama y alpaca), en los pajonales encontramos el venado, el conejo, y el cobayo – cuy-. Entre las aves el gallinazo, el colibrí o picaflor, las golondrinas, los

patos y perdices del pajonal; la tórtola, la torcaza y el búho. La destrucción del hábitat, la caza indiscriminada y la utilización de insecticidas letales en el agro, han alterado profundamente el entorno, afectando el equilibrio biológico y conduciendo a la destrucción de no pocos especímenes de esta inapreciable fauna.

5.3 Características Geopolíticas y Económicas.-

- **Vivienda:** El tipo de construcción es mixta las casas son de cemento y bloque en su mayor parte, o ladrillo, con techos de teja o eternit y persiste apenas un pequeño porcentaje de viviendas que posee aun casas de bajareque sobre todo en las zonas más lejanas o familias que han vivido por mucho tiempo en la comunidad. Poseen Luz agua potable y una adecuada eliminación de excretas, en un pequeño porcentaje de la población urbana tiene animales domésticos como borregos, cerdos y gallinas alrededor de su domicilio, así como perros y gatos dentro y fuera de las viviendas. Pero en las zonas urbanas marginales en un porcentaje más alto, se observa mayor número de animales domésticos, alrededor del domicilio.
- **Número de miembros por vivienda y por dormitorio:** El número de miembros por vivienda es de 6 a 8 personas, estando formadas por familias nucleares íntegras y ampliadas, (padres e hijos casados), y transnacionales, por la migración no hay problemas habitacionales en esta ciudad, apenas un 2% de la población presenta hacinamiento (INEC).
- **Vías de comunicación:** Se encuentran en buenas condiciones, para llegar al centro y sus puestos de salud son vías de primer y segundo orden sobre todo en las zonas urbano marginales.

Tabla N°1
Distancias en relación a la unidad de salud

	ISOCRONIA	ISOMETRIA
BORRERO	20 minutos	5 Km
BOLIVIA	10 minutos	2 Km
UNIVERSIDAD	5 minutos	1 Km
ZHAPACAL	15 minutos	5 Km
RESTO DE EBAS	1 A 30 minutos	1 hasta 10 Km de distancia

Fuente: Estadística del Area 1 de Azogues
Elaborado: Dra. Marcia Alvarez

- **Medios de Comunicación e información colectiva:** La ciudad posee varios periódicos: 1 diario, y 3 semanarios, existen 5 emisoras radiales, 2 canales de televisión local. Como principal interlocutor urbano de las organizaciones de base, es de resaltar a la Federación de Barrios, que vincula sobre todo a los presidentes barriales, que son los que colaboran como informantes claves para el proceso de identificación de familias en riesgo.
- **Ocupación:** En las primeras décadas del siglo anterior los pobladores se dedicaban a la elaboración de sombreros de paja toquilla, labranza de la tierra, crianza de animales principalmente el cuy, en los años 70 emigraban hacia la costa para trabajar en la industria azucarera; con el tiempo se formaron profesionales de todo orden como profesores principalmente, abogados, médicos ingenieros, arquitectos entre otros oficios hay mecánicos, ebanistas, sastres, costureras, albañilería, zapateros y comerciantes. Pero debido a la falta de fuentes de trabajo en las últimas décadas y como característica de la población de la provincia de Cañar la migración pues desde 1980 hasta la actualidad ocupa un lugar primordial de ingresos económicos para la ciudad, teniendo por lo menos 1 persona

en cada familia que se encuentra trabajando en los Estados Unidos o Europa. Las principales fuentes de empleo están en las instituciones públicas así como en la industria Cementera Guapán y en las instituciones privadas principalmente en los bancos.

- **Vestimenta:** La mayoría de las personas usan prendas que están a la moda tanto en mujeres como hombres, ropas extranjeras de marca y pantalones jeans; pero en las comunidades más lejanas las personas mayores todavía conservan como vestimenta a las polleras y chalinas.
- **Raza:** La mayoría de la población es de raza mestiza, en un porcentaje pequeño persiste la raza indígena (Cañari).
- **Idioma:** Predominantemente el español, pero en la personas de edad avanzada de sectores periféricos persiste aun el kichwa.
- **Instituciones Públicas:** Azogues al ser la capital de la provincia, por lo tanto como se dejó anotado en líneas precedentes, en esta ciudad están asentadas todas las instituciones públicas como el Municipio, Gobierno Provincial, Corte, Fiscalía, Policía, Dirección Provincial de Salud, MIES, MIDUVI, MAGAP, Empresa Eléctrica, CENATEL, Cruz Roja y Cuerpo de Bomberos entre los más importantes.
- **Instituciones Educativas:** Existen 3 jardines de infantes y 12 escuelas fiscales, 5 escuelas particulares, 4 colegios fiscales diurnos y nocturnos, 6 colegios particulares, alrededor de unas 6 academias, 2 universidades particulares de modalidad presencial y 2 semipresenciales.

5.3.- SERVICIOS DE SALUD DISPONIBLES:

Dentro de los subsistemas de prestación de servicios públicos semi-públicos y privados con o sin fines de lucro que prestan servicios de salud tenemos los siguientes:

Estatales:

- Dispensario del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social con atención de primer nivel y especialidades en: Gineco-Obstetricia, Medicina Interna y Cardiología.
- Centro de salud N°1 de Azogues y sus puestos de salud (Zhapacal, Borrero, Bolivia y de la Universidad Católica) que presta servicios de salud de primer nivel.
- Hospital Homero Castanier Crespo, que presta servicios de segundo nivel, es un hospital general de referencia provincial.
- Los servicios médicos de la Policía Nacional que dan atención a sus miembros y ocasionalmente a la comunidad.
- Dispensario del Municipio que funciona en convenio con el MSP brindando atención de primer nivel.

Privados:

- 5 clínicas, 45 consultorios de Medicina General, 20 consultorios de especialidades; 49 farmacias; 8 establecimientos de venta de productos naturales; 2 centros de rehabilitación física; 1 centro de rehabilitación mental; 12 laboratorios clínicos; 1 centro de diagnóstico por imágenes.

Servicios no formales:

- Luego de mantener dialogo con el Sr. Rosalino Morocho que es el Responsable del Area 1 de Azogues de Interculturalidad, nos informa que ha realizado un censo para conocer sobre las parteras del Cantón Azogues indicándonos que en los otros cantones siguen existiendo parteras, pero en la ciudad de Azogues solo queda una en la comunidad de Borrero la Sra. Carmen Parra, que es muy conocida y a pesar de su edad continúa realizando estas labores.
- Y hay un sobador el Sr. Leonardo Matute de quien se dice que compone los huesos, soba con pomadas que él mismo las realiza y luego les envía con una venda de tela, continuando el tratamiento con 3 a 5 sesiones como mínimo.

5.3.1.- Recursos humanos y materiales disponibles en las unidades operativas:

Cobertura Territorial de los Equipos Básicos De Salud: La población de la cabecera cantonal está cubierta por el Centro de Salud Urbano que posee 8 EBAS formados por 1 medico, 1 enfermera o auxiliar de enfermería y 1 odontólogo y 3 EBAS más de los 3 puestos de salud que cubren los barrios urbano marginales.

Auxiliares y promotores de Salud: Lamentablemente no se cuenta con esta ayuda puesto que no hay promotores ni auxiliares de salud, en ninguna de estas zonas, desde este año se cuenta con la participación de la Federación de Barrios de Azogues, como organización de apoyo. Y el MSP espera formar los Técnicos de Atención Primaria en Salud para el 2013.

5.3.2 CARACTERÍSTICAS DEMOGRAFICAS:

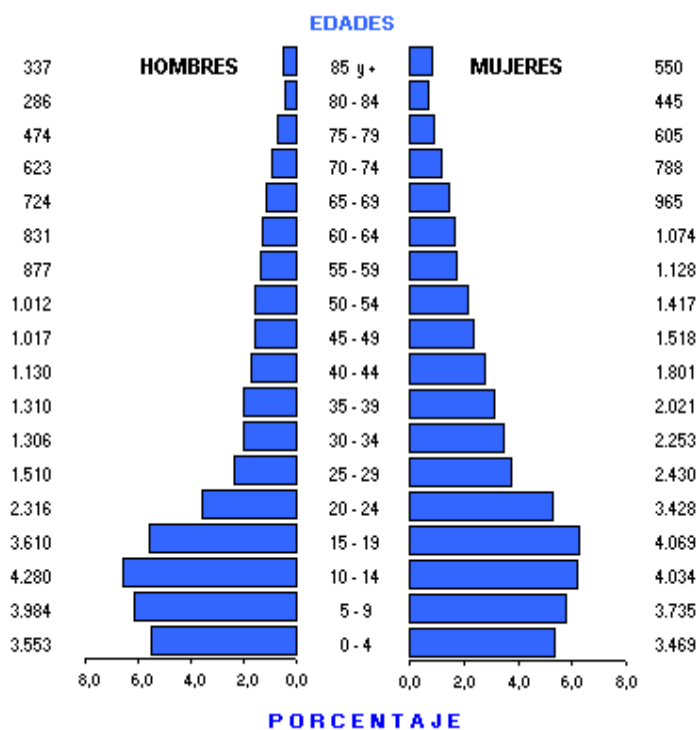
Tabla N°2
PROYECCIONES DE POBLACIÓN SALUD SEGÚN GRUPOS
PROGRAMÁTICOS DE LA CIUDAD DE AZOGUES EL AÑO 2011 PARA
EL ÁREA 1

	< 1 Año	1ª 4 año	5ª 9 años	10-14 años	15-19 Años	20-64 años	65-74 años	> 75 años	TOTAL
Nº	469	1804	2424	2614	5371	12713	899	574	26.868
%	1,7	6,7	9,0	9,7	19,9	47,3	3,3	2,1	100%

FUENTE: INEC 2010, Área de salud N°1

REALIZADO POR: La Autora

GRÁFICO N°1
PIRÁMIDE POBLACIONAL DE LA CIUDAD DE AZOGUES



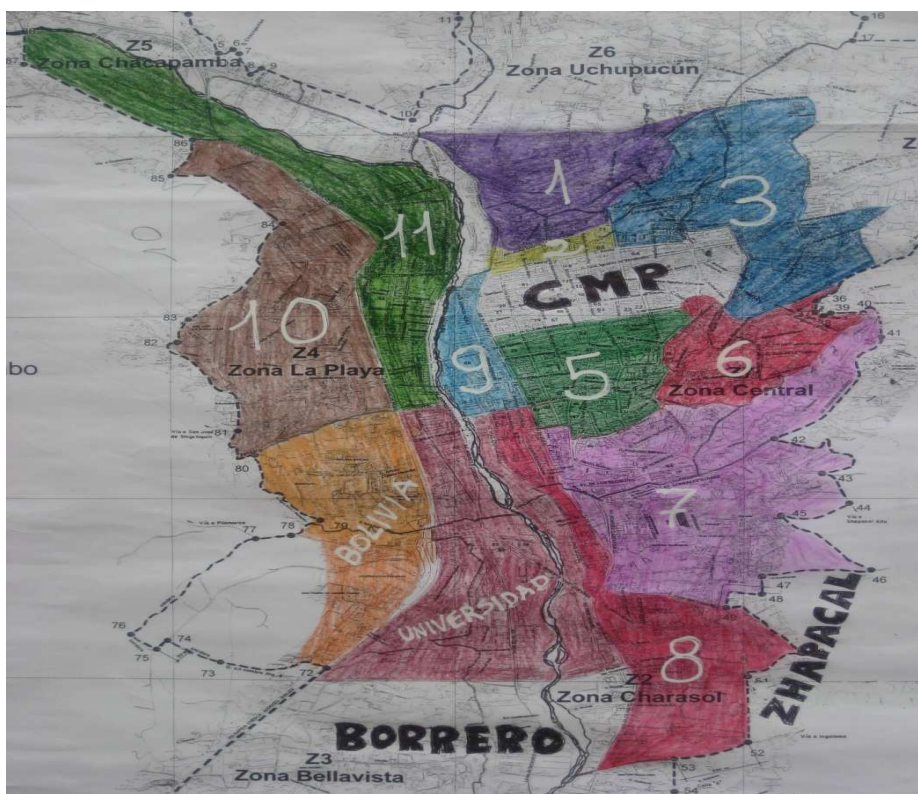
FUENTE: INEC 2001

En esta pirámide es de crecimiento rápido, se puede apreciar que las tasas de fecundidad son altas para el año 2001, lo que nos puede indicar que no había un buen control de la natalidad, se observa una disminución de la población mientras se aprecia también que avanza la pirámide a partir de los 25 años hasta los 60 años y es mayor en sexo femenino, esto podría deberse a la migración ya que se trata de una de las ciudades del país con alto índice de migración o se puede presumir en menor medida que se deba a la no existencia de un buen sistema de servicios de salud.

FOTO N°1

AREA DE ESTUDIO

MAPA PLANIMETRICO DE ZONFICACION DE LOS 14 EBAS DEL CENTRO DE SALUD N°1 DE AZOGUES



FUENTE: Mapa sectorizado del Centro de Salud N°1

Este mapa planimétrico fue proporcionado por el Municipio de la ciudad de Azogues, según la densidad poblacional, calles, ríos se realizó la zonificación y distribución a los 8 equipos básicos de salud, distribuidos en los 11 sectores que están numerados y pintados, incluyéndose a los 4 sectores que corresponden a los puestos de Salud, Bolivia, Borrero, Zhapacal y la Universidad, Debiendo indicar que el sector 4 no se encuentra pintado puesto que este sector está bajo la responsabilidad del Centro Médico Popular del Municipio.

5.4 ANÁLISIS DE LAS FICHAS FAMILIARES ⁽⁷⁾

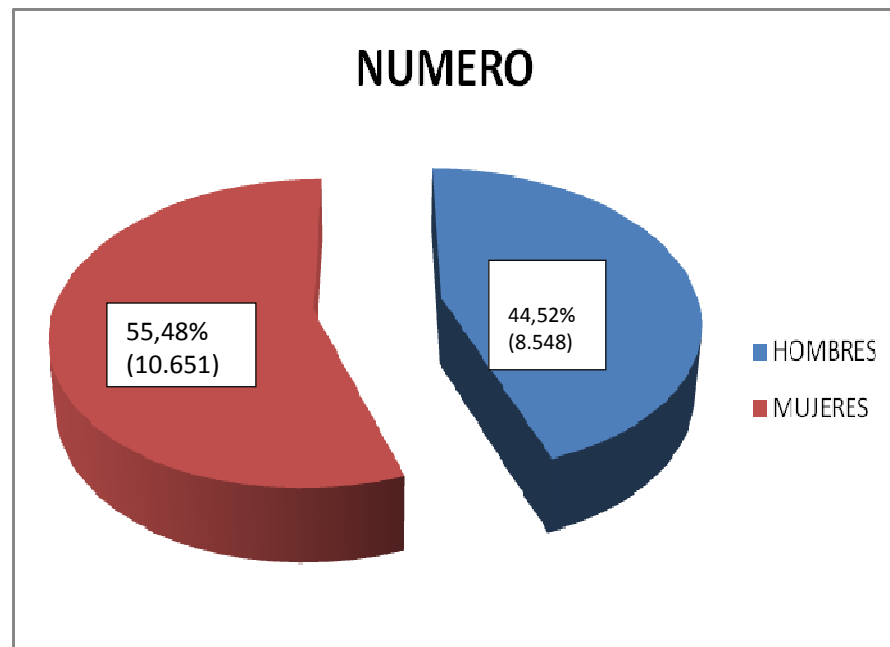
Según el modelo de Salud todo el personal operativo que trabaja en las Unidades Operativas pasamos a ser parte de un EBAS, por lo tanto en el Centro de Salud N°1 se conformaron 8 equipos EBAS de 8 horas, se zonificó a toda la ciudad de Azogues, por lo que tenemos 11 sectores, este trabajo lo empezamos realizando 1 día por semana, sin que se nos haya proporcionado ningún manual, pero como el trabajo estaba lento, la Universidad Católica de Azogues, con su facultad de Medicina; procedió a llenar la ficha acompañados por una enfermera o auxiliar de enfermería, terminándose al cabo de 2 meses, sin embargo al momento de llenar los datos en el sistema informático estos no coincidían, concomitantemente con este problema el MSP emitió la 2da versión de la ficha familiar, al inicio sin un instructivo, y el acápite referido a los riesgos era llenado según el criterio del encuestador, pero con el transcurso del tiempo se nos proporcionó un anexo de cómo calificar los riesgos, por lo que el personal ya solo del centro de salud, volvió a salir, incluyendo las noches, los sábados, domingos para completar el llenado de la misma, terminando este trabajo transcurridos 6 meses en diciembre del 2010, el médico era responsable de ingresar los datos en el programa informático SPSS. Asignándole a cada casa, manzano y barrio un número alfanumérico para que la familia pueda ser ubicada fácilmente.

Por lo tanto para el análisis y diagnóstico de salud, se traba con el total de fichas realizadas durante el año 2009 y 2010 que son:

- 4030 fichas familiares
- corresponde a una población de 19.199 habitantes

Y con los datos obtenidos de las fichas familiares, vamos a realizar el siguiente análisis:

GRÁFICO N°2
DISTRIBUCIÓN POR SEXO



FUENTE: Fichas familiares CSN°1
REALIZADO POR: Autora

En el gráfico N°2 podemos observar que el sexo femenino prevalece sobre el masculino, es decir hay un 10,96% más de mujeres en la ciudad de Azogues lo que corresponde a 10.651 mujeres y 8548 hombres. De los 19.199 habitantes obtenidos en la ficha familiar.

CUADRO N°3**DISTRIBUCIÓN DE EDADES OBTENIDAS EN LAS FICHAS FAMILIARES
DEL CENTRO DE SALUD N°1 DURANTE LOS AÑOS 2009-2010**

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 1 año	386	2,0
1 a 4 años	1341	7,0
5 a 9 años	1952	10,2
10 a 19 años	3896	20,3
20 a 64 años	9839	51,2
65 años y más	1755	9,1
Total	19199	100,0

FUENTE: Fichas familiares CSN°1**REALIZADO POR:** Dra. Marcia Alvarez

En este cuadro se aprecia que las edades donde hay mayor población están comprendidas entre: 20 a 64 años con 51,2%, le siguen los adolescentes con el 20,3%, luego los niños escolares con el 10,2%, las personas de la tercera edad con 9,1%, y los niños preescolares y lactantes menores de 1 año. Esta tabla si la comparamos con los grupos programáticos proyectados por el Area de Salud N°1 presenta concordancia respecto a las proyecciones datos obtenidos por el INEC para ese año. No hay concordancia con pirámide Poblacional porque lamentablemente es del 2001.

**CUADRO N°4****GRUPO EDAD Y ESCOLARIDAD OBTENIDAS EN LAS FICHAS FAMILIARES DEL CENTRO DE SALUD N°1, DURANTE
LOS AÑOS 2009-2010**

ESCOLARIDAD												
Edad	Sin Escolaridad		Básica		Secundaria		Superior		Especialidad		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1a 4 años	0	0	20	0.12	0	0	0	0	0	0	20	0.12
5 a9 años	74	0.45	1524	9.33	0	0	0	0	0	0	1598	9.78
10 a 19 años	31	0.18	2303	14.10	2123	12.99	131	0.80	0	0	4588	28.09
20 a 64 años	347	2.12	2531	15.49	2072	12.68	2248	13.76	100	0.61	7298	44.68
> 65 años	343	2.10	809	4.95	1613	9.87	85	0.52	4	0.024	2854	17.47
TOTAL	795	4.86	7187	44.00	5808	35,56	2437	14,92	104	0.63	16331	100

FUENTE: Fichas familiares CSN°1
REALIZADO POR: la autora

En la tabla N° 4 en Educación vemos que existe un mayor porcentaje de la población que tiene Educación Básica en todas las edades ocupando el 44%, le sigue el Bachillerato con 35,56%, luego la Superior con el 14, 92%, y el 0,63% de tiene estudios de cuarto nivel. Pero el 4,05% de la población sin escolaridad (analfabeta) corresponden en su mayoría a personas mayores a los 20 años, y aunque este valor no se concuerda con las cifras de analfabetismo para el año 2007 que es del 8% en el país, tomado del ENDEMAIN e INEC, sin duda puede deberse a que los datos recolectados son de la zona urbana, donde hay un mayor acceso a la educación.

CUADRO N°5
OCUPACIÓN Y GÉNERO OBTENIDAS EN LAS FICHAS FAMILIARES
DEL CENTRO DE SALUD N°1 DURANTE LOS AÑOS 2009-2010

OCUPACION	Género		Total	
	Masculino	Femenino	N°	%
Sin Ocupación	919	729	1648	9,8
Abogado	103	47	150	0,8
Ingeniero	82	63	145	0,8
Medico	54	31	85	0,5
Arquitecto	30	12	42	0,25
Economista	9	4	13	0,07
Empleado Publico	479	249	728	4,34
Empleado Privado	467	368	835	4,98
Relacionadas con la salud	11	71	82	0,48
Contador	11	8	19	0,11
Militar/Polici�a	23	6	29	0,17
Profesor	147	345	492	2,93
Secretaria	1	34	35	0,20
QQ DD	63	2692	2755	15,45
Estudiante	2800	2685	5485	32,76
Chofer	409	9	418	2,49
Obrero	602	32	634	3,78
Servicio Domestica	4	125	129	0,77
M�sico	5	0	5	0,02
Conserje	45	14	59	0,35
Comerciante	418	610	1028	6,09
Mecánico/Electricista	424	6	530	3,16
Agricultor	266	111	377	2,25
Guardia	46	0	46	0,27
Artesanos	240	209	449	2,68
Jubilado	251	134	385	2,30
Otras	134	2	136	0,81
Total	7642	8588	16230	99,89%

FUENTE: Fichas familiares CSN°
REALIZADO POR: Dra. Marcia Alvarez

En la tabla N° 5 se puede apreciar que dentro de la formación profesional, los hombres tienen mayor acceso al mismo, al igual que al empleo, observándose que en las mujeres predominan ser profesoras y las labores domésticas y . Se colige además que no hay mucha diferencia entre las personas que trabajan para el Sector Público como Privado. Se puede apreciar que el 6,9% de la población trabaja como comerciante, el 2,49% está constituido por choferes y solo el 2,25% se dedica a la Agricultura.

Un dato de fundamental importancia que es necesario analizar, es la existencia de una alta tasa de desempleo que llega al 9,8 %, que es similar a la existente en la región interandina del país, que explica el hecho de que se mantenga la constante promedio de la migración como una respuesta a la falta de empleo y oportunidades.

CUADRO N°6
TABLA DE ENFERMEDAD AGUDA, CRÓNICA O DISCAPACIDAD
OBTENIDAS EN LAS FICHAS FAMILIARES DEL CENTRO DE SALUD
N°1 DURANTE
LOS AÑOS 2009-2010

Enfermedad Repetitiva Crónica/ Discapacidad	Genero		Total	
	Masculino	Femenino	N°	%
IVU	0	5	5	0,21
Amigdalitis	67	110	177	7,73
Res. Común	20	13	33	1,44
Bronquitis	8	7	15	0,65
Asma	22	15	37	1,61
Gastritis	32	39	71	3,10
Dorsalgia	9	7	16	0,30
Diabetes	115	157	272	11,89
HTA	227	485	712	31,13
Enfermedad Cardiovascular	19	12	31	1,351
Migraña	3	19	22	0,96
Cáncer	12	17	29	1,26
Epilepsia	13	19	32	1,39
Artritis	40	118	158	6,90
Osteoporosis	9	20	29	1,26
Trombosis	8	1	9	0,39
Alergia	21	24	46	2,01
Sinusitis	6	9	15	0,65
Gota	6	2	8	0,34
Enfermedad Visión	8	6	14	0,61
Discapacidad Física	41	34	75	3,27
Hernia Abdominal	6	2	8	0,34
Hiperlipemia	6	12	18	0,78
Tiroides	2	5	7	0,30
Parkinson	3	5	8	0,34
Enfermedades del Embarazo	0	2	2	0,08
Alcoholismo	21	4	25	1,09
Desnutrición	75	87	162	7,08
OTRAS	125	110	235	10,27
Total	949	1338	2287	99,43

FUENTE: Fichas familiares CSN°
REALIZADO POR: la autora

Se observa en esta tabla que las mujeres presentan mayor tendencia a enfermar que los hombres. De las enfermedades crónicas no transmisibles más recurrentes halladas en las fichas familiares, esta la Hipertensión con el 31,13%, seguida por la Diabetes con el 11,89 y las enfermedades osteoarticulares con el 6,90%. La Desnutrición también afecta al 7,08% de la población en estudio.

Además podemos apreciar que en las enfermedades de cuadro agudo se encuentran las amigdalitis con el 7,36%, seguida de los Resfríos Comunes 1,44% y de las alergias 2,01%. Un dato al que se le debe prestar atención es que las discapacidades tienen una prevalencia del 3,27%.

5.5 CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL CENTRO DE SALUD N°1 DE AZOGUES

El papel del Ministerio de Salud Pública en el Ecuador debe ser llegar a ser el ente rector de la salud en el país hacer explícitas las garantías constitucionales en materia de salud, cumplir con los Objetivos del Milenio y con las políticas del Plan del Buen Vivir así como realizar cambios para tener un mejor sistema de salud, acorde a nuestra realidad. Por lo tanto el modelo de salud está basado en APS Renovada, enfocando a la promoción, prevención y rehabilitación de enfermedades dentro de este contexto el Centro de Salud N°1 de Azogues, es una unidad de Primer Nivel, y es la puerta de entrada al sistema de salud, se encuentra en el área urbana, es céntrico por lo que es de fácil acceso y es la de las unidades de mayor cobertura y producción del Área 1. Por lo tanto aquí se brinda atención médica ya sea preventiva o curativa, por problemas agudos o crónicos y se envía con el tratamiento según sea la patología; encontrando las siguientes causas de morbilidad durante el año 2010. (28)

CUADRO N°7**DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN MAYORES DE 5 AÑOS
QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD N° 1 AZOGUES DURANTE EL
AÑO 2010**

PATOLOGIA	TOTAL	%
Amigdalitis	5.031	18.99
Resfrío común	2.758	10.4
Poliartralgias	1130	4,26
I.V.U	702	0.81
Amebiasis	535	2,02
Parasitismo	4.421	16,69
HTA	812	3,06
Gastritis	285	1,07
Dorsalgia	192	0.72
Las demás	10616	40,08
TOTAL	26.482	100%

Fuente: Archivos Centro de Salud # 1 Azogues

Realizado por: Autora.

En el cuadro N° 7 se observa que dentro de las enfermedades más frecuentes, están: La amigdalitis con el 18,9%, luego las enfermedades parasitarias con el 16,69%, el resfrío común con el 10,4%, las poliartalgias con el 4,26% y finalmente la hipertensión que ocupa el quinto lugar con el 3.06%, lo que no concuerda con las estadísticas obtenidas en la ficha familiar, es del 31,1% pudiendo deberse a que son datos de toda la ciudad de Azogues y debemos tener en cuenta que la población que asiste a recibir atención en el MSP es del 30% únicamente y el resto va a los otros sistemas de salud.

CUADRO N°8**DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS
EN EL CENTRO DE SALUD N° 1 AZOGUES DURANTE EL AÑO 2009-
2010.**

PATOLOGIA	NUMERO	PORCENTAJE
I.R.A. s/n	3523	47.3
I.R.A. c/n	970	13.0
E.D.A. s/d	900	12.1
Parasitismo	789	10.6
Desnutrición Leve	309	4.1
Desnutrición Moderada	254	3.0
Conjuntivitis	106	1.4
Exema De Contacto	104	1.4
Anemia	82	1.3
Las Demás	347	9.98
Total	7384	100%

Fuente: Archivos Centro de Salud # 1 Azogues año 2009
Realizado por: Autora.

Se puede ver en este cuadro que las Infecciones del tracto respiratorio superior como inferior son las más frecuentes, con cerca del 60% entre ambas, le siguen la enfermedad diarreica aguda sin deshidratación con el 12, 1% y el parasitismo con el 10,6%, luego tenemos la desnutrición leve y moderada con el 7,1%, debiendo tener en cuenta que tanto en adultos como en niños existen problemas respiratorios tanto de vías superiores como inferiores y parasitismo, pudiendo deberse a la presencia de la fábrica de Cementos Guapán que es una fuente de contaminación ambiental a pesar de los esfuerzos que hace para disminuir este problema.

CAPITULO VI

RIESGOS BIOLÓGICOS, SANITARIOS Y SOCIO-ECONÓMICOS ENCONTRADOS EN LAS FICHAS FAMILIARES.

Para analizar los riesgos Biológicos, Sanitarios y Socio-económicos partimos de que todo riesgo es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un daño a la salud o sus determinantes, es decir representa la mayor o menor vulnerabilidad que tienen ciertos grupos para sufrir determinados daños (30). Al conocer los riesgos encontrados en las fichas familiares esto permitirá se programen las actividades, y se resuelven en prioridad los problemas de la población en mayor riesgo, sea a nivel familiar o individual, o comunitario permitiendo a su vez un mejor costo-efectividad de las acciones.

La comunidad debe participar en la planificación, así podrá para definir cuál será su responsabilidad durante el seguimiento de las familias; por ejemplo acompañar al EBAS para ubicar los domicilios en riesgo; ser el nexo con la población e inclusive por seguridad del equipo de salud.

La programación se iniciará con la identificación de las familias en las que se realizará inmediatamente el diagnóstico familiar y el plan de intervención utilizando la Ficha Familiar. El equipo detallará las acciones en las que se compromete la familia, el equipo y la comunidad para controlar el o los riesgos identificados; posteriormente se realizará el seguimiento el cual tiene el objetivo de verificar el avance y cumplimiento de los compromisos identificados.

6.1 RIESGOS BIOLOGICOS

Los riesgos biológicos son muy importantes dentro de la ficha familiar, con ellos vamos a identificar a las familias y dentro de estas a los miembros que tienen problemas de salud, vamos a poder actuar tanto en lo preventivo con

los esquemas de vacunas, en lo curativo dentro de pacientes con enfermedades crónicas y en la rehabilitación en las familias con problemas de discapacidades y en las que requieran; intervenir en los cambios de estilo de vida, es decir seguir construyendo conciencia y cultura preventiva acorde con los principios del MAIS-FC. A través de esto vamos poder realizar nuestra programación, responder a las necesidades de salud de la población, planificando los recursos económicos que de ello se deriva y son parte de la salud pública.

CUADRO N°9
RIESGOS BIOLOGICOS OBTENIDAS EN LAS FICHAS FAMILIARES DEL
CENTRO DE SALUD N°1 DURANTE LOS AÑOS 2009-2010

	Sin riesgo		Muy Bajo		Bajo		Medio		Alto	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Niños con Vacuna Incompleta	3842	95.5	42	1.0	84	2.1	36	0.9	20	0.5
Enfermedad de Impacto	2951	73,2	--	--	397	9,9	207	5,1	207	5,1
Embarazadas con Problemas	39	74,99	--	--	--	--	4	7,69	9	17,30
Personas con Mal Nutrición	3909	97,0	29	0,7	52	1,3	23	0,6	17	0,4
Personas con Discapacidad	3893	96,6	--	--	58	1,4	27	0,7	52	1,3
Personas con Problemas Mentales	3986	98,90	--	--	--	--	32	0,79	12	0,29

FUENTE: Fichas Familiares CSN°1
REALIZADO POR: Dra. Marcia Alvarez

Al analizar el segundo punto de los objetivos de la tesis y de los datos obtenidos en las fichas familiares en la tabla N°9 en cuanto a los riesgos

biológicos, encontramos a los niños con vacuna incompleta, de los cuales el 95% se encuentran con el esquema completo para la edad, apenas un 0.5% de los niños no ha recibido ninguna vacuna, por lo tanto el 2.1 % tiene un riesgo leve, el 0,9% tiene un riesgo medio, y el 0,5% tiene un riesgo alto.

En cuanto a enfermedades de impacto, el 11,8% de todas las personas presentan riesgo alto, es decir tienen alguna complicación de su enfermedad, el 5.1 % evidencian un riesgo medio, es decir padecen la enfermedad y al 9,9% de las familias visitadas tienen algún tipo de riesgo o por lo menos 1 familiar con antecedentes de enfermedad de impacto.

Es de resaltar que existen 52 embarazos de ellos el 74,9% no tienen ningún riesgo; el 7,69% corresponden a adolescentes (son 24 las que se han identificado en la recolección de los datos), y el 17,3% tienen un riesgo alto es decir que han tenido algún antecedente de riesgo obstétrico.

Si observamos el ítem sobre malnutrición los datos obtenidos son únicamente de pacientes con desnutrición puesto que haciendo una autocrítica constructiva, cuando se empezó a manejar la ficha familiar no se nos indicó que las familias con obesidad tenían que ingresar como riesgo, por lo tanto este dato esta sesgado a personas con desnutrición y en virtud de aquello por lo que los niños con un riesgo alto constan en un 0.4%.

En cuanto a personas con discapacidades podemos ver que hay una prevalencia de 3,3% y de estos el 1,33 % tienen discapacidades severas, dato que evidentemente no concuerda con las estadísticas dadas por el CONADIS en el que, la provincia de Cañar tiene un 8 % de personas con alguna discapacidad.

En cuanto a enfermedades mentales hay una prevalencia del 1,08%; de estos: el 0,79% tiene algún trastorno orgánico funcional y el 0,29 % un trastorno orgánico severo.

6.2 RIESGOS SANITARIOS

Los riesgos sanitarios en la ficha familiar nos permiten identificar los puntos vulnerables de la comunidad, este es un problema que involucra directamente a los órganos de gobierno tanto local y nacional tanto más cuanto que por su carencia o falta de calidad generan problemas de salud. Por lo que al conocer los resultados debemos formar parte de una red con los municipios, gobiernos provinciales, y gobierno nacional, para conjuntamente encontrar la solución a estos problemas. Y si a esto le sumamos la educación comunitaria por parte de todas las instituciones del sector salud se podrá elevar la calidad de vida de la comunidad.

CUADRO N°10
RIESGOS SANITARIOS OBTENIDAS EN LAS FICHAS FAMILIARES DEL
CENTRO DE SALUD N°1 DURANTE LOS AÑOS 2009-2010

	Sin riesgo		Muy Bajo		Bajo		Medio		Alto	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Consumo de Agua Insegura	1369	34,0	340	8,4	1708	42,4	307	7,6	306	7,6
Mala Eliminación de Basura y Excretas	3091	76,7	---	---	552	13,7	354	8,8	33	0,8
Mala Eliminación de Desechos Líquidos	3343	83,0	192	4,8	258	6,4	212	5,3	25	0,6
Impacto Ecológico por las Industrias	86	2,15	---	---	---	---	1614	40,04	2330	57,81
Animales Intradomiciliarios	2560	63,5	562	13,9	688	17,1	172	4,3	48,0	1,2

FUENTE: Fichas Familiares CSN°1
REALIZADO POR: Dra. Marcia Alvarez

Dentro de los riesgos sanitarios se puede analizar que un 84,8% de la población consume agua potable, un 7,6% consume agua de vertiente o

pozo esto ocurre en los lugares más lejanos de las parroquias de Borrero (Comunidad de Quis-Quis) y Zhapacal (sector de las Antenas), y un 7.6% tiene un riesgo alto es decir se abastece de agua de tanqueros o contaminada.

En cuanto a la eliminación de desechos sólidos en la ciudad de Azogues, el 76,7% de la población cuenta con este servicio, pues existen recorridos del recolector de basura; un 13,7% realiza la disposición de desechos en rellenos sanitarios hechos por la comunidad, el 8,8% de la población quema la basura y el 0,8% bota la basura al aire libre. Esta circunstancia exige realizar más intervención por parte de los EBAS y coordinar con otras instituciones para disminuir el impacto ecológico que esto causa.

La eliminación de los desechos líquidos llega al 83% de las familias, mediante el sistema de alcantarillado sanitario, un 5,3% elimina en ríos lejanos de los domicilios o quebradas y un 0,6% lo realiza al aire libre, por falta de alcantarillado en el sector o por tener sus domicilios muy alejados de la red.

En la ciudad de Azogues como es conocido funciona la Fábrica de Cementos Guapán y esta es una amenaza ambiental para la comunidad puesto que afecta en un 40,04% a la salud de la población; constituye un riesgo para la familia, máxime cuando el 57,81% le atribuyen la causa de enfermedades agudas como cuadros faringo-amigdalares a repetición; y apenas un 2,1 % refiere que no le causa ningún problema.

Al llegar a los animales intradomiciliarios es muy controversial la pregunta puesto que el 63,5% de la población refiere que tiene animales fuera del domicilio, el 17,1% de la población tiene 1 animal doméstico dentro de la casa, el 4,3% tiene 2 animales dentro de la vivienda, y el 1,2% refiere tener animales no domésticos junto a la vivienda, como vacas, ovejas, manifestando que para evitar la amenaza de ladrones los tienen alrededor de la casa.

6.3 RIESGOS SOCIO ECONOMICOS

Al analizar los riesgos que son de componente social, surge los problemas de inequidad en el país, la falta de oportunidades, lleva a crisis familiares, por la falta de empleo, lo que lleva a la migración por buscar mejores días para sus familias y con ello a la desestructuración familiar. Otra característica estudiada es la violencia, el alcoholismo, la drogadicción, el analfabetismo, hacinamiento y las malas condiciones de la vivienda que sin embargo de sus graves consecuencias no en todos los casos, es generadora de problemas.

CUADRO N°11
RIESGOS SOCIO ECONOMICOS: OBTENIDAS EN LAS FICHAS
FAMILIARES DEL CENTRO DE SALUD N°1 DURANTE LOS AÑOS 2009-
2010

	Sin riesgo		Muy Bajo		Bajo		Medio		Alto	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Pobreza	2536	62,9	359	8,9	749	18,6	307	7,6	151	3,7
Desempleo o Empleo Informal del Jefe de Familia	3194	79,3	222	5,5	418	10,4	128	3,2	68	1,7
Analfabetismo del Padre o de la Madre	3748	93,0	58	1,4	99	2,5	49	1,2	76	1,9
Desestructuración Familiar	3628	90,0	79	2,0	171	4,2	69	1,7	83	2,1
Violencia/ Alcoholismo/ Drogadicción	3869	96,0	48	1,2	61	1,5	27	0,7	25	0,6
Malas condiciones de la vivienda	3510	87,1	179	4,4	204	5,1	79	2,0	58	1,4
Hacinamiento	3733	92,6	74	1,8	105	2,6	38	0,9	80	2,0

FUENTE: Fichas Familiares CSN°1
REALIZADO POR: Dra. Marcia Alvarez

Al analizar cómo nos indica el MSP, según las necesidades básicas satisfechas o no, por lo tanto solo las familias que reciben el bono son pobres, así la comunidad este catalogada dentro de los quintiles 1 y 2 de pobreza; por lo tanto se está omitiendo mucha información porque al llegar a las casas se puede palpar este inocultable problema. En las fichas familiares se obtiene que el 62,9% de la población no es pobre, un 33,4% tienen un nivel socioeconómico medio y un 3,7% es pobre.

Al hablar sobre el empleo del jefe de familia, vemos que el 79% de la población tiene empleo, el 1,7% es desempleado, y es muy difícil abordar el tema sobre la satisfacción laboral, la sobrecarga de trabajo, datos que suelen ser muy subjetivos, y peor aun la cesantía si muchos de los empleos no tienen seguro social.

Si estudiamos el analfabetismo como está considerado en la ficha familiar para dar la calificación, la población alfabetizada es del 93%, un 1,4% sabe leer pero no escribir, el 2,5% sabe escribir pero no leer, el 1,2% es analfabeto el padre o la madre y el 1,9% son ambos, donde el riesgo es mayor y son personas más vulnerables.

La desestructuración familiar a pesar de la gran migración que existe en la provincia de Cañar los datos que se obtienen son que en el 90% de la población el tipo de familia es funcional, en 6,2% el padre ha migrado, el 1,7% la madre ha migrado y en el 2,1 % ha emigrado el padre y la madre, este dato puede deberse a que no se ha investigado más a fondo este problema, además que las familias no se desestructuran únicamente por la migración, porque en muchos de los casos a pesar de la distancia se sigue manteniendo los roles de autoridad, en la catalogada familia transnacional.

En el ítem sobre alcoholismo, drogadicción y violencia que está descrito en el orden de menor a mayor problema, podemos ver que en la ciudad de Azogues el 1,2% tiene antecedentes de violencia, el 1,5% tiene algún miembro con problemas de alcoholismo, el 0.7% con problemas de

drogadicción y el 0,6% tienen algún tipo de violencia intrafamiliar, pero en muchas de las ocasiones se mezclan estas actitudes y prácticas y no es posible asignarle otra calificación debido al instructivo de la ficha familiar.

En cuanto a malas condiciones de la vivienda podemos decir que el 87,1% no tienen inconvenientes con el aseo de su domicilio, el 4,4% tiene problemas con el ambiente externo, que es donde el presente año se debe intervenir para mejorar el mismo, el 5,1% tiene problemas en 1 ambiente, el 2% en más de 2 ambientes y el restante en toda la casa.

La ciudad de Azogues a causa de un efecto positivo generado por el envío de remesas fruto de la migración, se puede apreciar que no hay mayores problemas de tipo habitacional, por lo tanto es justificado concluir que no haya hacinamiento ya que el 92,6% no lo tiene, y el porcentaje restante se divide en 3 y 4 personas que comparten un cuarto e incluso más de 5 miembros de la familia en 1 cuarto.

CAPÍTULO VII

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD SEGÚN INDICADORES DE PRODUCCION Y COBERTURA DEL CENTRO DE SALUD N°1 DE AZOGUES

7. 1.- PROMOCIÓN.- En el nuevo modelo la Promoción de la Salud es uno de los ejes fundamentales del sistema de salud pública. Como es conocida la palabra promoción viene de “promover” que es iniciar un proceso procurando su logro, por lo que el objetivo esencial va ser la elevación del nivel básico de salud de la población, esto se lo promueve a través de los equipos básicos de salud (42). Este importante como permanente se lo está llevando a cabo con la implementación de actividades como:

7.1.1 ESCUELA PROMOTORAS DE SALUD: Cada EBAS tiene bajo su responsabilidad las escuelas y colegios que están dentro de su jurisdicción y con ellos se han realizado actividades durante todo el año lectivo como:

- Recreo sano, comiendo sano: Para evitar que los niños/as lleven comida chatarra y en su lugar se alimenten de forma nutritiva y saludable, incentivando que les envíen en su lonchera comidas preparadas en casa y traigan por lo menos una fruta. Además se llegó a un pacto con los padres y los niños para que 2 días a la semana se promueva el consumo de frutas.
- Se supervisan los bares escolares que vendan alimentos sanos, comida, helados de frutas, que la comida sea preparada con productos de la localidad.
- En esta tabla se han recolectado los datos del sector 1 y 2 que corresponden al EBAS de la autora, se recolectó la información de las 3 escuelas fiscales: Rafael María García que tiene 756 alumnos, la Escuela Manuel Muñoz que tiene 554 alumnos, y la escuela 4 de Noviembre que

cuenta con 128 alumnos. Tomando como línea de base el año 2010 y donde se desarrollaron las actividades de promoción y que paso al terminar el año 2011.

Cuadro N°12

ANALISIS DE LOS ALIMENTOS TRAÍDOS POR 1438 ESCOLARES DEL SECTOR 1 Y 2 DURANTE EL AÑO LECTIVO 2010-2011

	Año 2010		Año 2011	
	N°	%	N°	%
Snack	1230	56.78	158	4,7
Frutas	134	6.18	1235	37,2
Jugos/coladas	65	3,0	156	4,7
Comen en el Bar (comida)	560	25.85	789	23,7
Traen dinero	870	40.16	850	25,6
Colación escolar	120	4.47	128	3,8
TOTAL	2166	100	3316	100

FUENTE: Encuesta realizadas a los escolares

REALIZADO POR: Dra. Marcia Alvarez

Como podemos observar durante en este cuadro durante el año 2010 los alimentos que más se envían en la lonchera de los hijos son las papas fritas, o en su defecto les envían dinero que igualmente en el bar compran snacks (doritos, papas fritas, cachitos etc.), otros comen en el bar algún tipo de carbohidrato (seco de carne, arroz dorado, salchipapas), y en una escuela hay la colación escolar (paquete de galletas con colada) que da el gobierno, pero a pesar de eso traen dinero.

Y como podemos observar que si se ha logrado que los niños lleven una fruta dentro de la lonchera en el 37,2%, disminuir el uso de comida chatarra al 4,07%, se mantiene en porcentajes similares los niños que comen en el bar en el 23.7%, les siguen enviando dinero 23,7% y se sigue dando por parte del gobierno la colación escolar en la escuela 4 de Noviembre.

- Además de esto se realizan 2 veces al año el Control Escolar, es decir atención médica a cada alumno, se obtiene el IMC para conocer el estado nutricional visual y audiometría.
- Se realiza desparasitación a cada alumno de las 3 escuelas que corresponden al sector 1 y 2 con una tableta de Albendazol es decir a los 1438 escolares.
- Durante el año 2010-2011 se realizaron campañas de Inmunización: contra el tétanos a los niños de 2do y 7mo de básica; Hepatitis A para los niños de 7mo de básica, Varicela a los niños de 2do de básica, y una campaña a todos los niños de la escuela contra el Sarampión.
- Control y seguimiento odontológico con campañas para promover la higiene dental.
- Se obtuvo apoyo de otras instituciones como el MIES, Gobierno Provincial y Municipio para conseguir mejoramiento de las baterías sanitarias, de los lavamanos, de las llaves de agua, dotación de dispensadores de jabón, para las 2 escuelas la 4 de Noviembre y Manuel Muñoz ya que sus alumnos son de escasos recursos económicos.

7.2 PARTICIPACIÓN COMUNITARIA.- El modelo de Salud define a la participación comunitaria como el proceso mediante el cual los individuos se transforman de acuerdo a sus propias necesidades y las de su comunidad, adquiriendo un sentido de responsabilidad con respecto a su propio bienestar y el del grupo, contribuyendo conscientemente y constructivamente en el proceso de desarrollo (23). Además la característica de la participación social es que debe ser organizada, comprometida, activa y eficiente.

Hablar de participación comunitaria en el Centro de Salud hasta hace 6 meses era imposible puesto que únicamente existían los Comités de Salud y en el puesto de salud de Zhapacal funciona un club de madres, creado con la ayuda del Párroco de la comunidad:

- Pero luego de empezar a trabajar en el modelo de Salud y con la orientación del director de tesis se trató de buscar el apoyo de la comunidad, pero resultó difícil; así que surgió la idea de buscar ayuda en la Federación de Barrios de Azogues con los que luego de 6 meses de participar en reuniones de concienciación, se llegó a firmar un acuerdo y desde entonces se tiene acceso más directo con la Comunidad, que es muy importante para llegar a donde la gente más necesita, puesto que el trabajo anterior consistía en ir de casa en casa sin priorizar a las personas que más lo necesitan (Anexo 4).
- Con el trabajo de los Equipos Básicos se logró conformar el Club de diabéticos e hipertensos, con los que se realizan reuniones mensuales, se conformó la directiva, y se les da charlas sobre diferentes aspectos de su enfermedad, promocionando nuevos estilos de vida saludables, es decir haciendo promoción de la salud.

FOTO N°2
CONFORMACIÓN DEL CLUB DE ENFERMEDADES CRÓNICAS
DEL CENTRO DEL SALUD N°1



FUENTE: Archivos del CSN¹

7.2.1 EN LA COMUNIDAD: Se buscó la participación de los líderes comunitarios, los Presidentes Barriales para con ellos encontrar soluciones e involucramiento para mejorar la salud de las personas.

- Se realizaron charlas con la comunidad para que entiendan el problema y las consecuencias de quemar la basura, así como del mal manejo de las excretas.
- Se pidió el apoyo del Municipio para mejorar la cobertura en la recolección de basura, y para concienciar a la comunidad para que sepa a qué hora pasa el carro y saque la basura, reciclándola previamente.
- En cada visita domiciliaria se dieron charlas sobre cómo mejorar los hábitos alimenticios.
- Se realizan además charlas para incentivar a la población a hacer ejercicios todos los días, mejorando el uso de espacios públicos, para la recreación física al aire libre que da el Municipio en el parque infantil, promoviendo estilos de vida saludables.

Cuadro N°13
PARTICIPACION COMUNITARIA DEL SECTOR 1 Y 2 DURANTE
EL AÑO 2010-2011

	Año 2010		Año 2011	
ACTIVIDADES	N° de Reuniones	N° de Participantes	N° de Reuniones	N° de Participantes
NÚMERO DE REUNIONES PLANIFICADAS	5	12	6	16
NÚMERO DE REUNIONES EJECUTADAS	4	17	4	17

Fuente: Partes diarios del Salud # 1 Azogues año 2010

Realizado por: La. Autora

7. 3.- PREVENCIÓN.- La prevención es la acción y efecto de prevenir es decir preparar y disponer con anticipación lo necesario para un fin, al trabajar en el Primer Nivel de Salud, las acciones que podemos realizar para evitar la aparición de enfermedades, son fundamentalmente: Inmunización, planificación familiar, control del niño sano, atención del embarazo, es decir hacer prevención primaria. En las tablas que a continuación se exponen se reflejan dichas actividades de manera comparativa, analizando la evolución de estos años que se está llevando a cabo el MAIS.

CUADRO N°14**CUADRO DE INMUNIZACION DEL CENTRO DE SALUD N°1 DURA NTE
EL PERIODO 2006 - 2010**

AÑOS	BCG		1RA DE PENTA		3RA DE PENTA		POBLACIÓN ASIGNADA
	N	%	N	%	N	%	
2006	487	102.3	540	113.4	533	111.9	476
2007	498	105,5	597	127.0	623	131.9	472
2008	512	108,7	660	140,0	619	131.4	471
2009	516	110,02	689	146,0	661	140,9	469
2010	528	112,5	672	143,2	658	140,2	469

FUENTE: Consolidados CSN°1**REALIZADO POR:** Dra. Marcia Alvarez, Lcda. Mélida Matute

En este cuadro se puede apreciar cómo han mejorado las coberturas de Inmunización, en estos 4 últimos años, desde el 2006 113%, al 2010 el 140%, quedando reflejada la intervención de los EBAS que han promocionado la visita a los niños que están con el esquema incompleto de vacuna, actuando en los riesgos biológicos. En el cuadro se supera el 100% porque aparte de la población nativa se lleva a cabo intervención en pacientes de otros sectores.

CUADRO N°15
PRIMERAS CONSULTAS DEL NIÑO SANO MENOR DE 1 AÑO DURANTE
EL PERIODO 2005 AL 2010

AÑOS	N°	%	POBLACION ASIGNADA
2005	751	119,5	628
2006	925	194,3	476
2007	943	199,7	472
2008	843	178,9	471
2009	1015	216,4	469
2010	1337	285,0	469

FUENTE: Consolidados CSN°1

REALIZADO POR: Dra. Marcia Alvarez, Lcda. Mélida Matute

Igualmente podemos observar como mejora la cobertura en cuanto a promoción de control del niño sano: En el año 2005 era del 119% ahora se llega a casi el doble, es decir al 285% teniendo en cuenta que la población asignada para el año 2010 es de 469 niños menores de 1 año.

CUADRO N°16
PRIMERAS CONSULTAS PLANIFICACION FAMILIAR

AÑO	NÚMERO	PORCENTAJE	POBLACIÓN
2005	656	73,4	893
2006	889	148,9	597
2007	1305	220,2	593
2008	1277	216,9	589
2009	1488	253,2	588
2010	1237	210,3	588

FUENTE: Consolidados CSN°1

REALIZADO POR: Dra. Marcia Alvarez, Lcda. Mélida Matute

En este cuadro (N° 16) la cobertura de planificación familiar mejora en estos 5 años, pero es más notorio en los 2 últimos, en los que el modelo de Salud está presente por lo que se puede observar que en año 2005 había una cobertura del 73,46%, durante el año 2008 llega al 216%, y para el año 2010 un porcentaje del 210,2%.

7.4.- ACCESIBILIDAD Y COBERTURA.- El centro de salud se encuentra en una zona céntrica de la ciudad de Azogues, al cual tiene acceso toda la población, por aquí pasa el servicio de buses de diferentes puntos de la comunidad, el horario de atención es de 7:30 de la mañana hasta la 17:00 horas ininterrumpidamente, de lunes a viernes, y desde el año 2010 incluido los sábados, tratando de que el usuario sea mejor atendido y de acuerdo a sus requerimientos.

Los EBAS trabajan 1 día a la Semana cada uno, con las visitas programadas para ese día, y con el cronograma de actividades, hay reuniones con la comunidad especificadas.

El trabajo de los EBAS en el contexto del MAIS y tomado de los consolidados mensuales ha realizado **5076 visitas domiciliarias** efectuadas por los 11 equipos de salud que están bajo la responsabilidad del Centro de Salud (25 registros de actividades de los EBAS).

Con lo expuesto anteriormente podemos decir que la Cobertura de Atenciones que brinda el Centro de Salud han aumentado, ya que en cada visita se interactúa con la familia y se promociona la unidad operativa por lo que en el siguiente cuadro de cobertura, se observa que se ha cuadruplicado la atención en estos 5 últimos años.

CUADRO N°17**PRIMERAS CONSULTA DE MORBILIDAD DEL CENTRO DE SALUD N°1
DE AZOGUES DURANTE EL PERIODO 2005-2010**

AÑOS	N° ATENCIONES	%	POBLACIÓN
2005	13.826	45,2	28.345
2006	16.694	68,4	29.043
2007	16.807	68,1	18.768
2008	21.902	87,7	21.234
2009	34.698	141,8	24.456
2010	41.458	169,5	24.456

FUENTE: Consolidados CSN°1**REALIZADO POR:** Dra. Marcia Alvarez, Lcda. Mélida Matute

En el Centro de Salud, han aumentado considerablemente así del 45,2% en el año 2005, al 169,5% en el 2010, lo que indica que se a cuadruplicado las atenciones, por supuesto a esto también hay que sumarle la gratuidad de los servicios de salud que se da desde el año 2008.

7.5 COMPROMISOS CON LA COMUNIDAD

En cada salida a la comunidad con cada familia visitada tratamos de buscar *COMPROMISOS* -pequeños o grandes según los riesgos encontrados en la ficha familiar-, con énfasis en prevención, cambios de hábitos y participación ciudadana; asimilando desde luego como corresponsabilidad que los compromisos también son de la unidad operativa, es decir de cada EBAS. En el siguiente cuadro podemos observar que se han realizado en el año 2009, 5.076 visitas y observar así mismo el cumplimiento de los compromisos adquiridos.

CUADRO N°18**COMPROMISOS CUMPLIDOS DURANTE POR LA COMUNIDAD COMO
POR EL EBAS DURANTE EL AÑO 2009 - 2010**

COMPROMISOS	SI		NO	
	No.	%	No.	%
COMUNIDAD	4530	89.24	546	10.75
UNIDAS OPERATIVA	4996	98,42	80	1.58
TOTAL DE VISITAS	5076	100%	626	12,33

Fuente: Archivos Centro de Salud # 1 Azogues año 2010
Realizado por: Autora.

Podemos ver que los compromisos que hacemos con las familias que a su vez son miembros de la comunidad lo cumplen en la mayoría de los casos, por supuesto que son acuerdos pequeños y puntuales como tomar su medicación, acudir a la unidad operativa para su control, realizarse exámenes, cambiar sus hábitos alimenticios, hacer ejercicio, y dieta; y como se puede apreciar solo el 10% no lo realiza. En cuanto a los compromisos de la unidad operativa a través de los EBAS se cumplen casi en su totalidad, con el debido seguimiento, visitando cuantas veces sea necesario al paciente y a la familia, solo el 1,58% no se fueron cumplidas pero por situaciones ajenas a los EBAS como por ejemplo se cambian la fecha de las visitas, o porque la familia visitada no se encuentra en el domicilio.

CAPÍTULO VIII

DISCUSIÓN

Los nuevos modelos de salud en América Latina se basan en la Atención Primaria en Salud (APS) Renovada, que es un conjunto de normas, estrategias procedimientos y recursos con un enfoque integrado e integral (promoción, prevención, curación y rehabilitación) con calidad y calidez que se aplica en la familia, comunidad y medio ambiente promoviendo la participación social. Dichos modelos elevan la calidad de vida de las personas que los utilizan, hecho que se ha evidenciado en países como Cuba, Costa Rica, Brasil, Chile y Ecuador, a través de los EBAS. Las coberturas en programas de promoción y prevención tales como: Inmunizaciones, planificación familiar, control del niño sano han aumentado en porcentaje considerablemente desde la instauración del nuevo modelo comparándolo con años anteriores en los que se aplicaba un modelo preferentemente curativo.

Con el MAIS, los programas de salud se diversificaron en beneficio de la salud de la población. Se incluyó la participación social mediante estrategias como la creación de clubes de enfermedades crónicas (hipertensos, diabéticos, obesos, etc.), las escuelas saludables, lo que ha permitido que se realice promoción y prevención de salud en áreas anteriormente descuidadas o poco atendidas, dándole mayor énfasis a la prevención antes que a la curación, que resulta más costosa para el Estado.

Los resultados de este modelo de salud en nuestro continente han logrado que “el médico vaya en busca del paciente”, desterrando viejos paradigmas en los cuales, el paciente buscaba al médico. Con este tipo de atención se ha logrado mayor captación de la población porque el equipo de salud acude a poblaciones estratégicas tales como escuelas, colegios, grupos de riesgo, etc. y clasifica a las familias según prioridad, otorgando además un trato más humano.

Otro de los aciertos de este modelo en su condición de incluyente, tanto más cuanto que se ocupaba de la atención de las “familias” y no solamente del “paciente” consiguiendo una atención integral y haciendo prevención a las futuras generaciones a través de controles periódicos. Influenciando positivamente los cambios de estilos de vida, llegando más allá de lo que como establecía el anterior modelo de salud en el que se daba prioridad a la enfermedad, excluyendo a la familia y sin considerar al entorno del paciente.

Un beneficio muy importante constituye la gratuidad de los servicios, hecho que favorece a la población más desposeída y garantiza el derecho a la salud, como un logro y una garantía fundamental establecida en la Constitución. En este tema manifestaremos que al realizar visitas a domicilio se garantiza el acceso a los servicios de salud, puesto que, al compararlo con el modelo de salud pasado, se realizaba a través del cobro por episodio de enfermedad (1,40 dólares por persona), haciendo que pacientes de escasos recursos se priven de la atención médica.

La atención con el actual modelo se la lleva a cabo a través de los Equipos Básicos de Salud con aplicación de la Ficha Familiar y de visitas domiciliarias. Al ser un modelo que recién se está aplicando en nuestro país se espera para el año 2013: Disminuir la mortalidad materna y neonatal en un 35%, reducir los embarazos en adolescentes en un 25%, bajar la tasa de mortalidad por consumo de agua insegura, por infecciones respiratorias entre otras, hecho que se ha evidenciado en otros países que han asumido un modelo de salud similar (Cuba, Costa Rica, Chile) en el cual dichos objetivos se han conseguido con éxito.

El Sistema Nacional de Salud cubano conocido a nivel mundial por sus significativos logros provee atención integral, integrada e intersectorial en áreas geográficamente definidas de cobertura universal, llegando a cubrir al 97% de la población. Este sistema lleva en vigencia alrededor de cuarenta años; con nuestro sistema recién instaurado (18 meses) hemos llegado a levantar un 73% de fichas familiares en Azogues y promete ir en aumento.

En Brasil el modelo de salud se instauró en el año 1988, llevado a cabo a través del gobierno y los municipios llegando a cubrir a 78% de la población.

En Costa Rica se inicia el modelo de salud en 1983, sus logros son el resultado de la continuidad de políticas de Estado, con énfasis en una inversión significativa en salud que le ha permitido dar cobertura a un 98.9% de las hospitalizaciones.

Para realizar el Diagnóstico de Salud se han creado 4030 fichas familiares, lo que corresponde al 71,45% de la población de la ciudad de Azogues, el hecho de no tener el 100% ha sido un problema de debate, en la unidad operativa, pero esto puede deberse a que en los horarios y días de visitas a veces se encuentran las casas cerradas y sin duda la migración que es alta en esta provincia, (según el foro mundial del 2005 se calcula que existen 2 millones de ecuatorianos fuera del país).

El programa de inmunización (PAI) del Ecuador ha permitido una cobertura que ha incluido a un 140% de la población de Azogues, se supera el 100% porque acude población que no corresponde a su área de influencia, sin embargo la cobertura es alta y se está cumpliendo con los propósitos del PAI.

Si comparamos la tabla de sexo podemos apreciar que no existe una variación con los datos del INEC puesto que los encontrados en las fichas familiares son similares con el 55% para las mujeres y el 45% para los hombres. En cuanto a la distribución por edades para el cantón Azogues igualmente se observa que no varían con los datos del Censo del 2001 ya que la población con mayor porcentaje son las edades comprendidas entre los 20 a 65 años.

El INEC nos indica que para el año 2007 el analfabetismo en mayores de 12 años era del 8%, y los encontrados en la ficha familiar es del 4,5% por lo que

no concuerda este pudiendo deberse a que los datos obtenidos son de la zona urbana.

Al seguir con el Diagnóstico de Salud, conocer los riesgos que posee la comunidad y su núcleo más pequeño que es la familia, es importante el siguiente análisis:

En los Riesgos Biológicos, podemos apreciar que los datos obtenidos en las fichas familiares sobre hipertensión, su prevalencia es del 30% en relación al resto de enfermedades, la OPS dice que la prevalencia a nivel mundial de hipertensión es del 18% en la población adulta de más de 50 años y en países del Caribe y América Latina es la tercera causa de muerte.

En Riesgos Sanitarios, el INEC dice que la falta de alcantarillado es del 10% y nosotros encontramos en las fichas familiares que un 94% posee una adecuada disposición de desechos líquidos, es decir 6% no lo posee. El saneamiento en Costa Rica llegó a un 96% de las viviendas con un sistema de salud establecido y sustentado por más de veinte años.

En Riesgos Socioeconómicos, se estima que la pobreza en el país alcanza porcentajes del 41% y de indigencia del 7,6% según estadísticas del MIES, en la ficha familiar encontramos un 10% de indigentes, es decir que reciben el bono de la pobreza que es mayor de lo indicado.

La desestructuración familiar a pesar de la gran migración que existe en la provincia de Cañar, de los datos que se obtienen nos indican que en el 90% de la población el tipo de familia es funcional. Los países antes citados no experimentan tanta emigración como en el nuestro.

CAPÍTULO IX

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

9.1 CONCLUSIONES

Conclusiones relacionadas con el primer objetivo específico

- ☞ El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural, desde el año 2008 se aplica en las unidades operativas del Ministerio de Salud Pública, por consiguiente en el Centro de Salud No. 1 de Azogues, que a través de sus equipos EBAS, durante el año 2009 ha levantado 4030 fichas familiares en el cantón Azogues, cantidad que representa el 71,4% de las familias del mismo.
- ☞ El porcentaje más alto (51.2%), corresponde al grupo poblacional comprendido entre los 20 y 64 años, luego se encuentra la población de adolescentes (20.3%), indicación de que la población es joven y concuerda con la pirámide poblacional del país.
- ☞ El porcentaje de analfabetismo es bajo (4.05%), en comparación con el 8% del país (año 2007), anotando que los datos se recolectaron en población urbana, que es el área de influencia del Centro de Salud No.1 y existe un mayor nivel de acceso a la educación.
- ☞ Presencia de una alta tasa de desempleo (9,8 %), similar a la existente en la región interandina del país, que explica el hecho de que se mantenga la constante promedio de la migración como una respuesta a la falta de empleo y oportunidades.
- ☞ Las enfermedades que con más frecuencia se presentan son la Hipertensión Arterial (31,13%), seguida por la Diabetes (11,89);

corresponden a las denominadas enfermedades crónicas no transmisibles y se ajusta al perfil epidemiológico actual.

- ④ Las principales enfermedades de cuadro agudo se encuentran la amigdalitis (7,36%), seguida del resfrío común (1,44%), que coincide con el perfil epidemiológico actual y forman parte de las infecciones respiratorias agudas (IRA), que ocupan el primer lugar.
- ④ De acuerdo a la información obtenida de las fichas familiares, se observa que no todos los pacientes con problemas de salud acuden a las unidades operativas del Ministerio de Salud Pública; tomando como ejemplo, la hipertensión arterial tiene una prevalencia del 30,13%, sin embargo, de acuerdo a los datos obtenidos en la atención a pacientes en el Centro de Salud de Azogues, la prevalencia de la hipertensión arterial es del 3%, en consecuencia, la visita domiciliaria adquiere importancia para detectar los problemas de salud de las familias.

Conclusiones relacionadas con el segundo objetivo específico

Riesgos biológicos

- ④ El 95% de los niños/as se encuentran con el esquema completo de inmunizaciones de acuerdo a su edad, apenas un 0.5% de los niños no ha recibido ninguna vacuna, por lo que puede catalogarse que el riesgo es mínimo.
- ④ En cuanto a enfermedades de impacto, el 11,8% de todas las personas tienen riesgo alto, es decir tienen alguna complicación de su enfermedad, el 5.1 % tienen un riesgo medio y el 8.6% de las familias visitadas tienen algún tipo de riesgo o por lo menos 1 familiar con antecedentes de enfermedad de impacto.

- En Discapacidades podemos ver que hay una prevalencia de 3,3% y de estos el 1,33 % tienen discapacidades severas, en cuanto a enfermedades mentales hay una prevalencia de 1,29% y de estas el 0.3% tiene trastornos orgánicos severos. Situaciones que demandan la intervención permanente de los equipos de salud.

Riesgos Sanitarios

- Los riesgos sanitarios que requieren la intervención del Gobierno Local, así es que, el 84,8% de la población consume agua potable y el 7% consume agua de vertientes o pozos, ésta última situación se aprecia en los lugares periféricos, entraña peligro de presencia de enfermedad. En lo referente a la eliminación de basuras y excretas el 76.7% de la población tiene alcantarillado y recolección de basuras. Los Ministerios de Salud y Educación deben fortalecer sus programas de educación para la salud.
- La Fábrica de Cementos Guapán constituye una amenaza ambiental, con el 40,04% para la comunidad y un riesgo para la familia del 57,81%, siendo generadora de afecciones respiratorias y causante de alergias a repetición. La solución del problema es complejo y requiere ser tratado desde otra perspectiva.

Riesgos Socioeconómicos

- El 62,9% de la población no es pobre, un 33,4% tienen un nivel medio y un 3,7% es pobre, un bajo porcentaje de la población recibe el bono de la pobreza. Cabe hacer referencia que la población estudiada es urbana.

Conclusiones relacionadas con el tercer objetivo específico

La *Promoción de la Salud*, eje fundamental del MAIS, forma parte de un proceso que implica la participación del Estado en toda su dimensión y de los Ministerios implicados en el desarrollo social de la población, para generar nuevas políticas públicas, estilos de vida apropiados, creación de espacios saludables, reorientación de los servicios de salud con la finalidad de llegar al paciente sin embargo desde el Centro de Salud, ha iniciado acciones que apuntan a ir implementando el proceso y que permiten la generación de vínculos con la comunidad, entre otras se destacan las siguientes acciones:

- Participación en la formación de las escuelas promotoras de salud y en actividades de educación para la salud, para que los niños sean generadores de cambios en sus hábitos personales y de su alimentación.
- Conformación del Club de Diabéticos e Hipertensos del Centro de Salud, con la finalidad de mejorar su calidad de vida y entre pares socializar sus experiencias, mediante charlas educativas en las visitas domiciliarias se van mejorando los hábitos alimenticios y se ha iniciado la práctica de ejercicios como una forma de recreación y de preservación de la salud.

Como resultado de la promoción de la salud se han incrementado las coberturas de inmunización, es así que la BCG tiene un 110% en el Centro de Salud y de acuerdo a las fichas familiares, solo un 0,5% de niños no tienen ningún tipo de vacuna. Otro ejemplo de la influencia de la promoción en el cambio de indicadores, es la cobertura alcanzada en la Planificación Familiar que es del 253%, aclarando que la población de MEF asignada por el MSP, es del 10%.

Como parte de la participación social, con el involucramiento de la comunidad se ha conseguido, un mayor conocimiento de la comunidad y de sus actores sociales, se ha logrado manejar de mejor manera los riesgos y se ha identificado a las personas que necesitan de la ayuda de los EBAS.

9.2 RECOMENDACIONES

- ⑩ El primer paso para ejecutar el Modelo de Salud es socializarlo por parte del Ministerio de Salud, por las Direcciones Provinciales y luego por las Áreas de Salud, para que funcione de acuerdo a los lineamientos del mismo y los objetivos sean los mismos para toda el área, provincia y país.
- ⑩ La ficha familiar debe ser diseñada con cierto grado de flexibilidad, de tal forma que permita cambios que se acoplen a cada realidad de la provincia, ya que no es lo mismo trabajar en el área urbana que en la rural, por lo que se debe trabajar en una propuesta para mejorarla.
- ⑩ En la calificación de los riesgos, interviene un importante grado de subjetividad, además en la aplicación práctica se observa un mayor número de riesgos que los que se registran en el manual, por lo que, se debe trabajar en los criterios de calificación de los riesgos, que implique una mayor aproximación a las realidades locales.
- ⑩ En cuanto a los riesgos socioeconómicos, se debe cambiar los ítems de los riesgos, por otros que demuestren lo que se quiere investigar, como por ejemplo, a la pobreza calificarle en base a que si recibe el bono o no, muchas de las veces al llegar al domicilio es otra la realidad, se observan los dos extremos, familias muy pobres o adultos mayores en la indigencia que no tienen el bono, o madres jóvenes que reciben el bono, que si pueden trabajar y reciben las remesas de la migración.
- ⑩ En la valoración de la violencia/alcoholismo/drogadicción, cada uno debe tener su propia calificación, aquí se encuentra los 3 ítems juntos, debe priorizarse a la violencia como el factor más grave.

- ⑩ Formar promotores de salud, que apoyen al trabajo de los EBAS y a las acciones de la comunidad, que sean partícipes y vigilantes del cuidado de la salud de la comunidad. La Dirección de Salud en coordinación con la Facultad de Medicina deben emprender en ésta actividad.
- ⑩ Crear incentivos, como el de seleccionar al “mejor trabajador del mes” del Centro de Salud, para fortalecer la calidad y calidez en la atención y el mejoramiento e implementación de la cultura del buen trato al usuario.
- ⑩ Un requerimiento urgente y necesario, es adecuar mejor la planta física del Centro de Salud que resulta pequeña para la gran afluencia de usuarios que acuden al mismo.
- ⑩ Finalmente, espero que éste trabajo sirva de consulta para estudios posteriores, para mejorar la atención extramural, como parte del proceso de reorientación de los servicios, tanto a nivel local, como en las otras Áreas de Salud de la provincia del Cañar.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Panamericana de Salud-Organización Mundial de la Salud. Salud en las Américas. Capítulo del Ecuador. 1999
2. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Modelo de Atención integral, Familiar, Comunitario e Intercultural, Guía de Operacionalización. Abril del 2008.
3. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Modelo de Atención Integral de Salud MAIS. Marco Teórico, Componentes, Productos. Subsecretaria de Extensión y Protección Social en Salud 2010. Implementación de la Atención Familiar Comunitario e intercultural MAIS-FCI
4. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Guía De Gestión Del Modelo de Atención para Distritos, con Resultado de Alto Impacto Social: Primer Nivel de Atención. Subsecretaria de Extensión y Protección Social en Salud 2010. Implementación de la Atención Familiar Comunitario e intercultural MAIS-FCI
5. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Guía de Implementación del Modelo de Atención para las Unidades Operativas del Primer Nivel de Atención. Subsecretaria de Extensión y Protección Social en Salud 2010. Implementación de la Atención Familiar Comunitario e intercultural MAIS-FCI
6. Ministerio de Salud Pública. Política Nacional De Promoción de la Salud. Quito 6 de marzo del 2007.
7. ORGANIZACION PANAMERICANA DE SALUD. Renovando la Atención Primaria de Salud en las Américas. Mayo del 2005. Disponible: http://www.cisas.org.ni/files/Guatemala/dia_1/aps/30%20a%c3%B1os%20APS.pdf
8. COMISIÓN SOBRE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD. Acción Sobre Los Factores Sociales Determinantes de la Salud: Aprender de las Experiencias Anteriores. Año 2005. Disponible en http://www.who.int./social_determinants/en/oms
9. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR. Manual de Organización de las Areas de Salud. Julio 2000.

10. Frenk Julio. La Salud de la Población. Hacia una nueva salud pública. Fondo de cultura económica. 3ra edición 2003
11. OPS, OMS. Renovación de la Atención Primaria en Salud. Washington, DC 2007s
12. ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE DEL ECUADOR. Constitución de la República del Ecuador. Ciudad Alfaro 2008
13. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICAS Y CENSOS. Disponible en www.inec.gob.ec , revisado el 11 de Enero del 2010
14. APS RENOVADA. ¿Por qué renovar la Atención Primaria de Salud? Nuevos ...
<http://new.paho.org/hss/documents/events/nicaragua07/Atencio...> Periódico EL PULSO - Debate
15. APS Renovada: La formulación de la OPS/OMS. En septiembre de 2003, durante su 44º Consejo Directivo, la OPS/OMS convoca a sus Estados Miembros a adoptar.
<http://www.periodicoelpulso.com/html/jul05/debate/debate>
16. APS Renovada: Los valores sociales como determinantes fundamentales de la salud y de los sistemas de salud. Cada país debe encontrar su propio <http://eurosocialsalud.eu/files/docs/00004.pdf> - 84k
17. Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo. Atención Primaria en Salud: APS disponible en:
<http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/16>
18. VARGAS Gonzales William. Atención Primaria en Salud. Su contexto en Histórico y Naturaleza y Organización en Costa Rica. Disponible en <http://www.binasss.sa.cr/libros/atencionprimaria.pdf>
19. GRANADOS, Rodaños, Ramón. Tendencias de la Reforma del Sector Salud de América Latina. OPS- OMS. 2008 Disponible en <http://www.sld,apsdiapos/atencionprimaria.pdf>
20. MINISTERIO DE SALUD DE CUBA .La Reforma del Sector Salud de Cuba. www.sld.cu/sistema_de_salud/estrategias.html. 2001. Revisado en abril del 2009
21. PERFIL DEL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD DE CUBA www.lachealthsys.org/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=128. Revisado en abril del 2009



22. CASTRO Herrera Guillermo Los Trabajos de Ajuste y Combate. La Habana. Casa de La Américas. 1994.
23. ASAMBLEA Nacional del Poder Popular de Cuba Constitución de la República de Cuba. La Habana. Gaceta Oficial de la república de Cuba. 2003.
24. Anuario Estadístico de Salud 2010. Dirección Nacional de Registros, Médicos y Estadísticas de Salud. La Habana, abril 2011 disponible http://www.who.int/social_determinants/en/
25. GARCIA, Silabaría Joaquín. Sobrevivirán los Niveles de Atención a la Revolución de Salud Pública cubana? Revista cubana de Salud Pública, enero- marzo, año/vol.
32 pág. 1-6. [ecimed infomed.sld.cu](http://ecimed.infomed.sld.cu)
26. MACHADO, S, Pereira. Los Recurso Humanos y el Sistema de Salud en Brasil. Aceptado el 7 de julio del 2000.
27. ABADIA Abad Carlos David El sistema de **salud** del **Brasil**: :: prensa ...2 Mayo 2007 ... El Sistema Único de **Salud**, (SUS), **política de salud** que hace 20 años se le dio ... Disponible en :
mensual.prensa.com/mensual/contenido/2007/05/02/hoy/opinion/964996.html
28. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DE BRASIL. Atención Primaria y Estrategias de Salud de la Familia en Brasil. Política Nacional de Atención Primaria. Año 2006
29. ÁREA 1 DE SALUD DE AZOGUES. Sistema común de información en salud. Enero a Diciembre del 2009.
30. UNIVERSIDAD DE COSTA RICA. Sistema Nacional de Salud de Costa Rica. Año 2004, Caja Costarricense de Seguridad Social
31. ORTIZ J, ACHIG L, MORALES J. Diagnóstico Participativo de Salud Comunitaria. Universidad de Cuenca. FF.CC.MM. IDICSA. Cuenca, 1993.
32. LEZCANO Pérez Jorge y otros Cuba 300 Preguntas 300 Respuestas. Ediciones de la Cancillería Brasileña. Brasilia. 2002

33. HARTMAN S, Cañizares R, Echanique P, Perfil Epidemiológico Del Ecuador a fines del siglo XX, OPS, OMS 1996.
34. BARRERA A, Unda M, Carrión A. Ciudades y Pueblos Saludables. OPS-OMS. Edición Centro de Investigaciones Ciudad. 1996
35. CARPIO Patricio. *Entre pueblos y metrópolis*. Cuenca - Ecuador. ILDIS. 1992.
Pág. 23
36. CASTRO F, et al. Salud y Sociedad, Universidad de Cuenca. FF.CC.MM, Cuenca. Junio del 2008
37. CAMPOVERDE Nicolás. Teoría Sociológica Mundial. Posgrado de Salud Pública. Cuenca. Universidad de Cuenca. 2008.
38. SOLÍS Nidia, Quizhpe Arturo, Calle Kléver Salud la Fuerza Transformadora de la Vida. Cuenca. Universidad de Cuenca. FF.CC.MM. 2007.
39. TORRES Rosa María. Analfabetismo Y Alfabetismo En El Ecuador, Opciones Para La Política y La Practica. Disponible en www.fronesis.org. Revisado en septiembre del 2011.
40. ESTUDIOS DEMOGRAFICOS EN PROFUNDIDAD. Mortalidad Materna en el Ecuador, Durante el Año de 1990-2001. pdf. INEC, UNFAPA
41. CABALLERO Oscar Las Medicinas Marginadas. Madrid. Ediciones Guadarrama. 1995.
42. MINISTERIO de Salud y Desarrollo Social de Venezuela Carta Social de las Américas. Caracas. Encre Diseños C. A. 2004.
43. GUEVARA Ernesto Che. El Socialismo y El Hombre en Cuba. La Habana. Editora Política. 1988.



44. KAUSINEN Otto. Que es el Materialismo Dialéctico. Editora Política. La Habana. 1992
45. MORALES Jaime. Estudios Transversales o de Prevalencia. Talleres Gráficos de la Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de Cuenca. FF.CC.MM. Cuenca. 2007.
46. ALVAREZ, Sintés Roberto. Temas de Medicina General e Integral. Editorial Ciencias Médicas. La Habana 2001
47. DURJIN Bruno. Las Políticas de Distrito de Salud. España 1994
48. UUNGER, J.P. and CRIEL, Bart. Health Service Organisation. International Journal of Health Planning and Management. Vol 10, 113-128. 1995.
49. DEPAEPE Pierre. El Concepto de Atención Primaria de Salud. Revista de APS, vol. 7 año 2004, pág. 36
50. Manual de Health Service Organisation. 32nd International Course in Health Development. 1995-1996.

**ANEXOS****1. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES****VARIABLES Y OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES:**

VARIABLE	DEFINICION	ESCALA
EDAD	Años cumplidos desde el nacimiento	• > De 1 años • 1 a 4 años • 5 a 9 años • 10 a 19 años • 20 a 64 años • < de 65 años
SEXO	Condición biológica que define el género	• Masculino • Femenino
Procedencia	Lugar de origen	• Urbano • Urbano-Marginal
Ocupación	Oficio o profesión a que se dedica una persona	• Sin ocupación • Profesionales • Artesanos • Obreros • Las demás
Escolaridad	Nivel de educación formal que tiene una persona.	• Sin escolaridad • Básica • Bachillerato • Universitaria • Posgrado



Inmunización	Vacunas recibidas	• Si • No
Salud Bucal	Estado de salud de la boca.	• Si • No
Enfermedad o discapacidad	Ausencia de salud física	• Nombre de la enfermedad o discapacidad de que tipo
Embarazos	Estado que comprende desde la fecundación del ovulo hasta el parto	• Semanas de embarazo • Inmunización
Mortalidad Familiar	Fin de la vida	• Fecha • Causa
RIESGOS BIOLOGICOS	Riesgo es la probabilidad que tiene un individuo o comunidad de presentar un determinado problema o enfermedad	0= sin riesgo 1= riesgo muy bajo 2= riesgo bajo 3= riesgo moderado 4= riesgo alto
RIESGOS SANITARIOS	Riesgo es la probabilidad que tiene una comunidad de presentar un determinado hecho problema sanitario.	0= sin riesgo 1= riesgo muy bajo 2= riesgo bajo 3= riesgo moderado 4= riesgo alto
RIESGOS ECONOMICOS	Riesgo es la probabilidad que tiene una comunidad de presentar un determinado hecho, problema debido a la cantidad de ingresos económicos que presente la familia, su estructura, violencia, vivienda.	0= sin riesgo 1= riesgo muy bajo 2= riesgo bajo 3= riesgo moderado 4= riesgo alto



ACTIVIDADES	PROGRAMADAS	
Prevención	Preparar y disponer con anticipación lo necesario para un fin	Inmunización, planificación familiar Control prenatal Control del niño sano
Compromiso de la familia	Es la responsabilidad que tiene la familia.	• Si cumple • No cumple • Parcial
Compromiso de la unidad operativa	Es la responsabilidad que debe cumplir la Unidad operativa.	• Si cumple • No cumple • Parcial
Participación de la Comunidad	Programas Comunitarios	• Si se cumple • No se cumple

**ANEXO 2****FICHA FAMILIAR****ANEXO 3****GUIA PARA LA CALIFICACION DE RIESGOS DE FICHA FAMILIA***SUBSECRETARIA DE EXTENSION DE PROTECCION SOCIAL***MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR, COMUNITARIO E INTERCULTURAL**

GRUPO	COMPONENTE	0 SIN RIESGO	1 RIESGO MUY BAJO	2 RIESGO BAJO	3 RIESGO MODERADO	4 RIESSGO ALTO
-------	------------	-----------------	-------------------------	---------------------	-------------------------	-------------------

RIESGO BIOLOGICO

1	PERSONAS CON VACUNACION INCOMPLETA	Esquema Completo	tiene 3 Dosis	tiene 2 dosis	tiene 1 dosis	no se aplicado
2	PERSONAS CON MALNUTRICION	Sin malnutrición	-	-	uno o dos malnutridos	más de dos malnutridos
3	PERSONAS CON ENFERMEDAD DE IMPACTO	Sin enfermedades	-	Antecedentes familiares de enfermedades de impacto	Integrantes del núcleo familiar con Enf. de impacto	Integrantes del núcleo familiar con complicaciones de la Enf. de impacto
4	EMBARAZADAS CON PROBLEMA	Sin problema	-	-	adolescentes	ARO
5	PERSONAS CON DISCAPACIDAD (CONADIS)	Sin personas	-	% 10-30 (CONADIS)	% 31-69 (CONADIS)	% 70 (CONADIS)
6	PERSONAS CON PROBLEMAS MENTALES	Sin personas	-	-	Personas con trastornos no orgánicos o funcionales	personas con trastornos orgánicos


RIESGOS SANITARIOS

7	CONSUMO DE AGUA INSEGURA	Agua Potable	-	-	variante o pozo	Quebrado Contaminada/ río / tanquero
8	MALA ELIMINACION DE BASURA Y EXCRETAS	Recolector	-	relleno	entierra / quema	aire libre
9	MALA ELIMINACION DE DESECHOS LIQUIDOS	Alcantarillado	-	-	ríos / esteros lejanos	ríos / esteros cercanos
10	IMPACTO ECOLOGICO POR INDUSTRIAS	Ninguno	-	-	Impacto comunidad	Impacto en el domicilio
11	ANIMALES INTRADOM.	No hay	animales domésticos a fuera de la vivienda	1 animal doméstico dentro de la vivienda	2 animales domésticos dentro de la vivienda	animales no domésticos dentro de la vivienda

RIESGOS SOCIOECONOMICOS

12	POBREZA	-	-	-	-	según NBI
13	DESEMPLEO O EMPLEO INFORMAL DEL JEFE DE FAMILIA	empleado	Insatisfacción laboral	Sobrecarga laboral	Suspensión temporal o cesantía (menos de 1 año sin trabajo)	Suspensión o cesantía crónica (más de 1 año sin trabajo)
14	ANALFABETISMO DEL PADRE O MADRE	alfabeto	sabe leer pero no escribir el padre o madre	Sabe escribir pero no leer el padre o la madre	analfabeto padre o madre	analfabeto padre y madre
15	DESESTRUCTURACION FAMILIAR	Familia estructurada	-	por falta del padre o migración	por falta de la madre o migración	por falta del padre, madre o migración
16	VIOLENCIA ALCOHOLISMO DROGADICCION	Nadie	antecedentes familiares	presente en 1 integrante del núcleo familiar el alcoholismo	presente en 1 integrante del núcleo familiar la drogadicción	presente en 1 integrante del núcleo familiar la violencia
17	MALAS CONDICIONES DE LA VIVIENDA	Buenas condiciones	malas conclusiones del ambiente externo	malas condiciones de 1 ambiente interno (cocina)	malas condiciones de 2 ambientes internos (cocina-baño)	malas condiciones de más de 3 ambiente a internos (cocina ,baño, dormitorios y más)

ANEXO 4

CONVENIO DE COOPERACION ENTRE LA DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DEL CAÑAR Y LA FEDERACIÓN DE BARRIOS DE AZOGUES.

COMPARECIENTES: La Dirección Provincial de Salud del Cañar, legalmente representada por el Dr. Fausto Maldonado, que para efectos de este convenio se denominará LA DIRECCIÓN DE SALUD, por una parte; y por otra la Federación de Barrios de Azogues de la provincia del Cañar, legalmente representada por el Arq. Carlos Mata, a quien en adelante se le denominará LA FEDERACIÓN DE BARRIOS, acuerdan en celebrar el presente convenio de Cooperación al tenor de las siguientes cláusulas:

PRIMERA: ANTECEDENTES.-

1.1.- La Dirección Provincial de Salud del Cañar, ha puesto en marcha en todas sus unidades operativas un nuevo modelo de atención de salud, liderado en la ciudad de Azogues por el Área de Salud N°1, el cual en aplicación de las políticas de Estado emanadas por el Ministerio de Salud Pública, implementó el nuevo Modelo de Atención en Salud definido por la referida Cartera Ministerial, que pretende dar atención integral, familiar, comunitaria e intercultural (MAIS-FC), partiendo de la filosofía de reconocer a la persona, la familia y la comunidad como actores centrales, corresponsables del cuidado de su salud, pretendiendo que las personas adopten estilos de vida saludables y disminuyan las enfermedades, mejorando así su estado de bienestar. El Área 1 de Azogues que regenta el Centro de Salud N°1, tiene organizados de conformidad al nuevo modelo, los EBAS (Equipo Básico de Atención en Salud), para atender la demanda de la jurisdicción geográfica a su cargo, que abarca a toda área céntrica del cantón y a sus parroquias urbano marginales.

1.2.- La Federación de Barrios de Azogues de la provincia del Cañar, institución con personería jurídica, creada para defender el bienestar de los

ciudadanos y ciudadanas que viven en la capital provincial del Cañar, considera como una de las prioridades del desarrollo local, el impulso a la salud de los vecinos del cantón y la creación de una cultura preventiva y de una conciencia ciudadana de salud que permita a las personas jugar un papel protagónico en el mejoramiento de salud, como derecho de todos.

SEGUNDA: OBJETO DEL CONVENIO:

Con estos antecedentes, las partes convienen en celebrar el presente convenio definiendo como objetivo principal, el fortalecimiento del nuevo modelo de salud en el Área 1 de Azogues que regenta el Centro de Salud N°1, que en acatamiento a los principios de participación ciudadana elevados a la categoría de garantías constitucionales de la nueva Carta Magna, requieren del involucramiento de organizaciones como la Federación de Barrios, para encaminar en conjunto esfuerzos de difusión y concienciación, así como de contraloría social en torno a la cobertura, calidad y calidez de los servicios de salud.

2.1.- LA DIRECCIÓN DE SALUD, se compromete a:

Dar cumplimiento a las políticas, planes y programas del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) e implementar el Modelo de Atención Integral, Familiar, Comunitario e Intercultural, en la Provincia del Cañar y particularmente en el Área 1 de Azogues.

Poner en ejecución el nuevo modelo sistémico de atención, que implica 4 procesos:

a.- Conformación de la organización de los equipos básicos de salud (talento humano) y unidades operativas.

🌈 Cada equipo básico EBAS estará formado por un médico, enfermera, obstetriz, auxiliar de enfermería, líderes de la comunidad.

- ✚ Se dotarán elementos básicos de atención para cada integrante como mochila, set de diagnóstico, tablero, fichas familiares, partes diarios, etc.
- ✚ La identificación geo-poblacional, diagnóstico situacional e identificación de sectores barrios, manzanas, viviendas, familias sobre todo las de mayor riesgo.

b.- Preparación y socialización del proyecto. Y etapa de visitas domiciliarias con el llenado de la ficha familiar y calificación del riesgo en el que se encuentra la familia es decir riesgo leve, moderado y grave.

c.- Participación de la familia y comunidad, mediante la elaboración de un plan consensuado y participativo de la comunidad con sus actores sociales locales basados en la participación ciudadana en salud. Uno de los actores sociales fundamentales, considerado aliado estratégico del AREA 1, será La Federación de Barrios de Azogues

d.- Implementación del sistema de registro y seguimiento de la ficha familiar, registro diario, historia clínica, tarjetero. En aras de consolidar unidades de salud adaptadas para realizar atención integral por ciclos de vida generacional.

2.2.- LA FEDERACIÓN DE BARRIOS se compromete a lo siguiente:

- a.** Coordinar con el AREA 1, todos los procesos de participación ciudadana que contempla el nuevo modelo, interviniendo de manera protagónica en las reuniones de planificación y evaluación y colaborando activamente en la difusión del modelo y visitas de campo. Para tal efecto, se programarán reuniones de cada uno de los EBAS, con los barrios de la respectiva jurisdicción, logrando así que en las actividades de capacitación y visitas, se cuente con la participación permanente de los vecinos y dirigentes barriales.

- b. Contribuir en el proceso de concienciación ciudadana, en aras de lograr que la familia y comunidad asuman el papel de corresponsables del cuidado de la salud.
- c. Organizar de forma coordinada con el AREA 1 el club de Madres, el club de Diabéticos y el club de Hipertensos, como herramientas de vinculación social a este nuevo modelo, que buscan mejorar la oferta sanitaria para cubrir las necesidades de atención de salud.

TERCERA: ORGANIZACIÓN Y COORDINACIÓN.- Para efectos de la planificación y seguimiento de los compromisos asumidos mediante el presente Convenio, luego de su formalización, se conformará una comisión de coordinación integrada por el Jefe del Área 1 de Azogues, el Director del Centro de Salud número 1, que actuarán en delegación del Director Provincial de Salud del Cañar y el Presidente de la Federación de Barrios de Azogues. Ante esta Comisión, el Área 1 rendirá un informe anual sobre la ejecución del presente convenio, para su respectivo seguimiento y evaluación.

CUARTA: CONTROVERSIAS.- Las controversias que surgieran por la aplicación del presente convenio, las resolverán las máximas autoridades de cada una de las Instituciones firmantes.

QUINTA: VIGENCIA.- El presente convenio tendrá una vigencia de cuatro años a partir de su suscripción y podrá ser renovado hasta por un similar período por acuerdo de las partes.

Dado y firmado en la ciudad de Azogues a los 21 días del mes de Agosto del año 2010.

Dr. Fausto Maldonado

DIRECTOR PROVINCIAL DE SALUD DEL CAÑAR

Arq. Carlos Mata

PRESIDENTE DE LA FEDERACIÓN DE BARRIOS DE AZOGUES

ANEXO 5**FOTOS DE TRABAJO DE LOS EBAS****FOTO N°3****Mapa parlante del sector 10****FOTO 4****Mapa parlante del sector 5****FOTO 5****Mapa parlante sector 1-2**

FOTO 6



Directiva del Club de Hipertensos