Mapeo y Análisis de los Modelos de Atención Primaria en Salud en los Países de América del Sur

Mapeo de la APS en Ecuador

Consultor: Herland Tejerina Silva PhD

Documento Autoral de APS en los países de Suramérica

UNASUR
iSAGS
Instituto Suramericano de Gobierno en Salud

UNASUR
Unión de Naciones Suramericanas

MAPEO Y ANÁLISIS DE LOS MODELOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN LOS PAÍSES DE AMÉRICA DEL SUR

Mapeo de la APS en Ecuador

Consultor: Herland Tejerina Silva PhD

Documento Autoral de APS en los países de Suramérica

Rio de Janeiro
Junio 2014

UNASUR
ISAGS
Instituto Suramericano de Gobierno en Salud

UNASUR
Unión de Naciones Suramericanas

Expediente

Instituto Suramericano de Gobierno en Salud

Director Ejecutivo:
José Gomes Temporão

Coordinador Técnico:
Henri Jouval

Consejo de Salud Suramericano - Junio de 2014

Juan Luis Manzur
Argentina

Juan Carlos Calvimontes
Bolivia

Arthur Chioro
Brasil

Helia Molina
Chile

Alejandro Gaviria
Colombia

Carina Vance Mafla
Ecuador

Bheri Ramsaran
Guyana

Antonio Carlos Barrios
Paraguay

Midori Musme De Habich Rospigliosi
Perú

María Susana Muñiz Jiménez
Uruguay

Michel Blokland
Surinam

Francisco Armada
Venezuela

Texto y Fotos:
Herland Tejerina

Proyecto gráfico:
Humponto Design e Comunicação

Herland Tejerina - Profesor Titular de la Universidad Mayor de San Andrés / Bolivia

Doctor en Salud Pública de la Universidad Católica de Lovaina y Magíster en Salud Pública del Instituto de Medicina Tropical de Amberes. Participó de la Residencia en Salud Internacional en la Organización Panamericana de la Salud en 2004. Es consultor independiente y Profesor Titular de la Universidad Mayor de San Andrés. Además, es autor de publicaciones como artículos y libros.

Mapeo de los modelos de Atención Primaria a la Salud en los países de América del Sur

Coordinación:
Ligia Giovanella

Investigador Asistente:
Suelen Oliveira

Las opiniones expresadas en este documento son de exclusiva responsabilidad del autor y pueden no coincidir con las de la Organización.

www.isags-unasur.org
www.facebook.com/isags.unasursalud
www.twitter.com/isagsunasur

Mapeo de la atención primaria de la salud en Ecuador

Tabla de contenido

Nota Metodológica 6
Introducción 7
Dimensión 1 – Conducción de la APS 9
Concepción de atención primaria en salud 9
Política de salud - el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (MAIS-FCI) 13
Atribuciones y competencias de las esferas gubernamentales 17
Dimensión 2 – Financiamiento de la APS 26
Co-pago en APS 27
Dimensión 3 – Características de la prestación de la APS en el País 28
Dimensión 4 – Características de la organización de la APS en el País 32
Provisión de la APS 32
Tipo de prestador 34
Primer Nivel de Atención – puerta de entrada preferencial 36
Equipo de Atención Integral de Salud (EAIS) 37
Dimensión 5 – Desigualdades regionales y sociales en el acceso a APS / exclusión en salud 39
Dimensión 6 – Coordinación de los cuidados e integración de la APS en la red de servicios 42
La referencia y contrarreferencia 43
Regulación asistencial 45
Continuidad de la información 46
Dimensión 7 – Fuerza de Trabajo en APS 47
Composición de los equipos de APS 47
Formación para la APS 49
Contratos de trabajo en APS 50
Dimensión 8 – Participación Social y Actividades intersectoriales 51
Participación social 51
Actividades intersectoriales 52
Dimensión 9 – Interculturalidad 54
Salud intercultural 54
Dimensión 10 – Gestión de la APS 57
Sistemas de información en APS 57

Monitoreo de la calidad en APS 57
Comentarios finales 58
Indicadores seleccionados – Ecuador 59
Agradecimientos 61
Lista de Entrevistados 61
Referencias bibliográficas 62

MAPEO Y ANÁLISIS DE LOS MODELOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN ECUADOR[1]

NOTA METODOLÓGICA

En el marco de la realización del estudio de análisis y mapeo de los modelos de atención primaria en salud de los países de Suramérica, después de haber compartido los documentos conceptuales y metodológicos del mismo y haber coordinado el acceso a documentos de información con los puntos focales del ISAGS en Ecuador, se realizó la visita a este país entre los días 27 de enero y 1 de febrero de 2014, pudiendo entrevistar a 18 autoridades nacionales.

1 Documento autoral elaborado por Herland Tejerina Silva, médico, doctor en Salud Pública, profesor titular de la Universidad Univalle, Bolivia. Este documento no refleje la posición del ISAGS, ni de las autoridades nacionales entrevistadas.

INTRODUCCIÓN

El sistema de salud de Ecuador está compuesto por tres sectores, público, seguridad social y privado. El sector público comprende al Ministerio de Salud Pública (MSP), los servicios de salud de los Gobiernos Autónomos descentralizados (municipios y prefecturas; las instituciones de seguridad social son el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) e Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL) (Lucio et al. 2011); el sector privado comprende instituciones con y sin fines de lucro. Hasta la implementación en 2011 del acceso universal a la Red Pública Integral de Salud, que incluye los sectores públicos y de la seguridad social, estos funcionaban (y de cierta manera aún lo hacen) de manera segmentada. En 1999, los dos tipos de programas de aseguramiento que gestiona el IESS cubrían 11% de la población para el aseguramiento General de salud y 8% el Seguro Campesino Social. (Waters 1999).

Entre 1994 y 1995 se comenzó a ejecutar el proceso de Reforma del Sector Salud con auspicio de OPS y BID, basado en la descentralización y transferencia de funciones del MSP a las Municipalidades. El presupuesto del sector salud pasó de USD 115,5 millones en el 2000 a USD 561,7 millones en el 2006, sin embargo, con autogestión de los servicios y cobro por atención a los usuarios sobre un escenario de un sistema con enfoque curativo, centrado en la figura del hospital y con un escaso desarrollo de la atención primaria. (Sacoto 2010) En 1998 se reformó la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia para hacer gratuita la atención para las mujeres embarazadas, los niños menores de cinco años y la salud sexual y reproductiva. Hasta 2008 los intentos para universalizar el acceso a servicios de salud se habían limitado al proyecto de Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud (FASBASE), ejecutado con crédito del Banco Mundial en la década de los noventas y en el Programa de Aseguramiento Universal (PRO-AUS) que chocó con restricciones presupuestarias y tuvo bajo impacto.

Esta situación había repercutido negativamente en la protección en salud. La población cubierta por un seguro de salud ya sea público o privado alcanzó apenas un 23% en el año 2004; el quintil más pobre (Q1) era el más desprotegido (12% con algún seguro de salud) frente a un 36% en el Q5; aproximadamente un 30% de la población no tenía ninguna cobertura). La calidad de atención también era considerada deficitaria - los médicos de MSP estaban contratados por 4 horas/día recibiendo un salario en torno a los 450 U$/mes. Bajo la ideología predominante, el estado pretendía delegar los procesos de salud al mercado. El gasto per cápita para los afiliados al IESS en 2001 era de $145 mientras que para la población subsidiaria del MSP era de 33 dólares.

Por mandato de la constitución política del estado aprobada en 2008 (art 362) se eliminaron los costos de las consultas médicas, fue ampliado el acceso a medicamentos esenciales gratuitos y se normalizó la jornada de atención a

ocho horas (Republica del Ecuador 2011a). La inversión del Ministerio de Salud Pública pasó de menos de 600 millones en 2006 a 1.400 millones de dólares en 2011 con un per cápita de 177 dólares americanos (2001) y el gasto del gobierno central en salud pasó de USD 535 millones en el 2006 a USD 1.700 millones en 2012 (crecimiento de 3.3 veces) (Ministerio de Salud Pública 2013).

DIMENSIÓN 1 – CONDUCCIÓN DE LA APS

Concepción de atención primaria en salud:

La Constitución Política aprobada en 2008 (República del Ecuador 2008) hace mención explícita al término de atención primaria de salud (APS), en su Art. 360: "El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, **con base en la atención primaria de salud**; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas."

También se mandan todos los elementos de la APS:

El derecho a la salud y su garantía por el Estado

Art. 3.- deberes primordiales del Estado:

1. Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes.

Sección séptima

Salud

Cap. II: Derechos del Buen Vivir, sección séptima – salud

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

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

La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional"

Capítulo tercero

Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad,

recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

Art. 37.- El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos: … La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas.

Art. 43.- El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a:

2. La gratuidad de los servicios de salud materna.

3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.

4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.

Art. 45.- Las niñas, niños y adolescentes… tienen derecho a… la salud integral y nutrición…

Art. 46.- El Estado adoptará, entre otras, las siguientes medidas que aseguren a las niñas, niños y adolescentes:

1. Atención a menores de seis años, que garantice su nutrición, salud, educación y cuidado diario en un marco de protección integral de sus derechos.

Art. 47.- Se reconoce a las personas con discapacidad, los derechos a:

1. La atención especializada en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud para sus necesidades específicas, que incluirá la provisión de medicamentos de forma gratuita, en particular para aquellas personas que requieran tratamiento de por vida.

2. La rehabilitación integral y la asistencia permanente, que incluirán las correspondientes ayudas técnicas.

Sección séptima

Personas con enfermedades catastróficas

Art. 50.- El Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente.

El sistema de salud y sus características

Sección segunda

Salud

Art. 358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y

cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la **promoción, prevención, recuperación y rehabilitación** en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la **promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria,** con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.

Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las **entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias.** Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.

Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.

Art. 363.- El Estado será responsable de:

7. Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales.

Art. 364.- Las adicciones son un problema de salud pública. Al Estado le corresponderá desarrollar programas coordinados de información, prevención y control del consumo de alcohol, tabaco y sustancias estupefacientes y psicotrópicas; así como ofrecer tratamiento y rehabilitación a los consumidores ocasionales, habituales y problemáticos. En ningún caso se permitirá su criminalización ni se vulnerarán sus derechos constitucionales.

El Estado controlará y regulará la publicidad de alcohol y tabaco.

Art. 365.- Por ningún motivo los establecimientos públicos o privados ni los profesionales de la salud negarán la atención de emergencia. Dicha negativa se sancionará de acuerdo con la ley.

El financiamiento

Art. 366.- El financiamiento público en salud será oportuno, regular y suficiente, y deberá provenir de fuentes permanentes del Presupuesto General del Estado. Los recursos públicos serán distribuidos con base en criterios de población y en las necesidades de salud.

El Estado financiará a las instituciones estatales de salud y podrá apoyar financieramente a las autónomas y privadas siempre que no tengan fines de lucro, que garanticen gratuidad en las prestaciones, cumplan las políticas públicas y aseguren calidad, seguridad y respeto a los derechos. Estas instituciones estarán sujetas a control y regulación del Estado.

Art. 371.- Las prestaciones de la seguridad social se financiarán con el aporte de las personas aseguradas en relación de dependencia y de sus empleadoras o empleadores; con los aportes de las personas independientes aseguradas; con los aportes voluntarios de las ecuatorianas y ecuatorianos domiciliados en el exterior; y con los aportes y contribuciones del Estado.

Los recursos del Estado destinados para el seguro universal obligatorio constarán cada año en el Presupuesto General del Estado y serán transferidos de forma oportuna.

Las prestaciones en dinero del seguro social no serán susceptibles de cesión, embargo o retención, salvo los casos de alimentos debidos por ley o de obligaciones contraídas a favor de la institución aseguradora, y estarán exentas del pago de impuestos.

Art. 372.- Los fondos y reservas del seguro universal obligatorio serán propios y distintos de los del fisco, y servirán para cumplir de forma adecuada los fines de su creación y sus funciones. Ninguna institución del Estado podrá intervenir o disponer de sus fondos y reservas, ni menoscabar su patrimonio.

Los fondos provisionales (sic) públicos y sus inversiones se canalizarán a través de una institución financiera de propiedad del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social; su gestión se sujetará a los principios de seguridad, solvencia, eficiencia, rentabilidad y al control del órgano competente.

Art. 286.- Los egresos permanentes para salud, educación y justicia serán prioritarios y, de manera excepcional, podrán ser financiados con ingresos no permanentes.

Art. 298.- Se establecen preasignaciones presupuestarias destinadas a los gobiernos autónomos descentralizados, al sector salud, al sector educación, a la educación superior; y a la investigación, ciencia, tecnología e innovación en los términos previstos en la ley. Las transferencias correspondientes a preasignaciones serán predecibles y automáticas. Se prohíbe crear otras preasignaciones presupuestarias.

Seguridad social

Art. 367.- **El sistema de seguridad social es público y universal, no podrá**

privatizarse y atenderá las necesidades contingentes de la población. La protección de las contingencias se hará efectiva a través del seguro universal obligatorio y de sus regímenes especiales.

El sistema se guiará por los principios del sistema nacional de inclusión y equidad social y por los de obligatoriedad, suficiencia, integración, solidaridad y subsidiaridad.

Art. 369.- El seguro universal obligatorio cubrirá las contingencias de enfermedad, maternidad, paternidad, riesgos de trabajo, cesantía, desempleo, vejez, invalidez, discapacidad, muerte y aquellas que defina la ley. Las prestaciones de salud de las contingencias de enfermedad y maternidad se brindarán a través de la red pública integral de salud.

El seguro universal obligatorio se extenderá a toda la población urbana y rural, con independencia de su situación laboral. Las prestaciones para las personas que realizan trabajo doméstico no remunerado y tareas de cuidado se financiarán con aportes y contribuciones del Estado. La ley definirá el mecanismo correspondiente.

Art. 370.- El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, entidad autónoma regulada por la ley, será responsable de la prestación de las contingencias del seguro universal obligatorio a sus afiliados.

La Policía Nacional y las Fuerzas Armadas podrán contar con un régimen especial de seguridad social, de acuerdo con la ley; sus entidades de seguridad social formarán parte de la red pública integral de salud y del sistema de seguridad social.

Art. 373.- El seguro social campesino, que forma parte del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, será un régimen especial del seguro universal obligatorio para proteger a la población rural y a las personas dedicadas a la pesca artesanal; se financiará con el aporte solidario de las personas aseguradas y empleadoras del sistema nacional de seguridad social, con la aportación diferenciada de las jefas o jefes de las familias protegidas y con las asignaciones fiscales que garanticen su fortalecimiento y desarrollo. El seguro ofrecerá prestaciones de salud y protección contra las contingencias de invalidez, discapacidad, vejez y muerte.

Los seguros públicos y privados, sin excepción, contribuirán al financiamiento del seguro social campesino a través del Instituto Ecuatoriano de Seguridad

Art. 374.- El Estado estimulará la afiliación voluntaria al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social a las ecuatorianas y ecuatorianos domiciliados en el exterior, y asegurará la prestación de contingencias. El financiamiento de estas prestaciones contará con el aporte de las personas afiliadas voluntarias domiciliadas en el exterior.

Política de salud - el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (MAIS-FCI)

La política nacional de salud en el Ecuador es el **Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (MAIS-FCI)** definido como el conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos, que al

complementarse, organizan el sistema Nacional de Salud, para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias, las comunidades y el entorno, permitiendo la integralidad en los niveles de atención de la red de salud (Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2013a). Sus ejes estratégicos son:

1. Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria Nacional
2. Reposicionamiento de la estrategia de Atención Primaria de Salud como eje articulador del Sistema Nacional de Salud
3. Reingeniería institucional pública y privada
4. Articulación y fortalecimiento de Red Pública y Complementaria cuya organización sea de base territorial, de acuerdo a la nueva estructura de gestión del Estado
5. Reorientación del Modelo de Atención y Gestión del sistema de salud, en función de alcanzar la calidad, equidad e integralidad, tendiente a obtener resultados de impacto social

El manual del MAIS-FCI establece que la **Atención Primaria Renovada en Salud (APS-R)** es una estrategia que orienta el desarrollo de todos los sistemas ecuatorianos de salud. Los objetivos del modelo son los siguientes:

1. Facilitar la inclusión social y la equidad en salud
2. Promover los sistemas de salud basados en APS
3. Potenciar la promoción de la salud y promover la atención integral e integrada
4. Fomentar el trabajo intersectorial y sobre los determinantes
5. Orientar hacia la calidad de la atención y seguridad del paciente
6. Fortalecer los recursos humanos en materia de salud

Con los siguientes principios:

1. Garantía de derechos de las y los ciudadanos y la corresponsabilidad en el cumplimiento de los deberes hacia los otros.
2. Universalidad progresiva en el acceso y la cobertura
3. Integralidad
4. Equidad
5. Continuidad
6. Participación
7. Desconcentración
8. Eficiencia, eficacia y calidad
9. Enfoque intersectorial
10. Fortalecimiento de la participación plena de la comunidad y sus organizaciones
11. Cambio de la expresión médico-paciente a la relación equipo de salud-persona sujeto de derechos o ciudadano
12. Búsqueda no solo resultados institucionales sino fundamentalmente resultados de impacto social

Parte de los Principios y orientaciones del **Buen Vivir** (Republica del Ecuador 2013), en una Sociedad radicalmente justa es la justicia social y económica como base del ejercicio de las libertades. En una sociedad justa, todas y cada una de las personas gozan del mismo acceso a los medios materiales, sociales y culturales necesarios para llevar una vida satisfactoria. La salud, la educación y el trabajo son las bases primordiales de la justicia social. El acceso universal a la salud es una meta básica para la profundización de otras dimensiones del bienestar y la mejora en la calidad de la vida. Las políticas de salud deben promover las prácticas de calidad de vida y la medicina preventiva e integral, no solamente la curación de enfermedades. Se impulsa la universalización en el acceso a la atención primaria de salud y la expansión de su calidad y cobertura.

La salud se plantea desde una mirada intersectorial que busca garantizar condiciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades que garanticen el adecuado fortalecimiento de las capacidades de las personas para el mejoramiento de su calidad de vida.

Se incluyen los hábitos de vida, la universalización de servicios de salud, la consolidación de la salud intercultural, la salud sexual y reproductiva, los modos de alimentación y el fomento de la actividad física. Crear e implementar mecanismos de ayuda y cobertura frente a enfermedades raras y catastróficas, con pertinencia cultural y con base en los principios de equidad, igualdad y solidaridad.

Plantea como estrategia el fortalecer y consolidar el primer nivel de atención de salud como el punto de entrada al sistema nacional de salud, para que facilite y coordine el itinerario del paciente en el sistema y permita la detección, el diagnóstico y el tratamiento temprano de las enfermedades en la red pública integral de salud; potenciar los servicios de atención integral en el segundo nivel del sistema nacional de salud pública y fortalecer sus mecanismos de referencia y reestructurar el tercer nivel del sistema de salud pública, concentrándolo en la prestación de servicios especializados y de alta complejidad, para optimizar el funcionamiento del sistema de salud pública y evitar el congestionamiento de los servicios de atención.

En su componente de gestión financiera propone diseñar e implementar el cofinanciamiento dentro del Sistema Nacional de Salud, promoviendo la aplicación de un tarifario único de servicios médicos y de salud. Además de ampliar y fortalecer la regulación y los mecanismos de control del establecimiento de precios de los servicios de salud de la red complementaria (instituciones privadas a quienes la red pública compra servicios).

El enfoque sustentado en la estrategia de Atención Primaria de Salud- R que priorizan la Promoción de la Salud se orienta hacia el cuidado de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida de la población. Implica modificar el enfoque curativo y de programas verticales hacia una atención integral al individuo, la familia, la comunidad y el entorno (determinantes sociales), operacionalizando el enfoque de derechos, intergeneracional, de género e interculturalidad.(Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2014b;Salgado 2013).

El manual del MAIS-FCI en su sección de marco conceptual indica que la APS-R tiene sus raíces en la APS formulada en Alma Ata (1978) que esta, a su

vez recogió el pensamiento y práctica de la medicina social que inicio la reflexión y demostración de los determinantes sociales de la salud y la inequidad en el acceso a los servicios que en la década de los setentas toma mucho impulso sobre todo en América Latina, unida a los procesos libertarios y de cambio social, surgiendo así valiosas experiencias locales que desde la reivindicación del derecho a la salud, pusieron sobre el tapete la necesidad de trabajar en torno al mejoramiento de la calidad de vida y la participación como elementos sustanciales para el logro de la salud. Otro aporte de esta declaración es que identificó requisitos previos para la salud, tales como un ecosistema estable, justicia social, equidad, y recursos como la educación, alimentos e ingresos.

Posteriormente, en 1986 se realiza en Ottawa, la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, que define a la promoción como "el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud, y para que la mejoren. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y llevar a cabo unas aspiraciones, satisfacer unas necesidades y cambiar el entorno o adaptarse a él".

En la década del 90, el embate del pensamiento y la práctica neoliberal incidieron en que la Estrategia de APS se reduzca a intervenciones puntuales, focalizadas, locales y de bajo costo. La Ley de Maternidad Gratuita (1994) y sus varias actualizaciones (las más importantes en 1998 y 2000) surgen como una respuesta para mitigar justamente ese embate neoliberal coartando su potencial transformador. Se institucionalizó intervenciones focalizadas y de bajo costo para los pobres y se estimuló el crecimiento y consolidación de la salud como una mercancía impulsando las acciones de salud centradas en el enfoque curativo. La evidencia del fracaso del modelo de desarrollo economicista y de las políticas neoliberales, que en el campo de la salud significó profundizar la inequidad en el acceso a condiciones de vida saludables y a los servicios de salud, además de valores alarmantes de muerte materna y neonatal han incidido en que se reposicione la estrategia de la APS como eje de los procesos de transformación de los sistemas de salud.

La Atención Primaria no significa exclusivamente servicios en el I nivel de atención, sino que considera que el I nivel de atención es la puerta de entrada a los otros tres niveles más complejos de atención, con la finalidad de dar atención integral y específica a las demandas individuales.

El Plan de Desarrollo para el Buen Vivir 2013 -2017 (objetivo 3, pag. 145) establece que la estrategia de Atención Primaria de Salud, debe ser la base de la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública Integral de Salud.

En su sección de Política y Lineamientos Estratégicos establece como obligación del estado garantizar la prestación universal y gratuita de los servicios de atención integral de salud.

Los integrantes del Sistema Nacional de Salud garantizarán la disponibilidad y acceso a programas y medicamentos para estas enfermedades, con énfasis en medicamentos genéricos, priorizando a los grupos vulnerables. (Republica del Ecuador 2011c)

Siguiendo la doctrina clásica de seguridad social, por LEY, el IESS asume los principios de solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, subsidiaridad y suficiencia.(Republica del Ecuador 2011b).

Sin embargo, desde 2013, viene desarrollando el nuevo "**Modelo de Atención Primaria Integral de Salud y Vida (APISV) con Enfoque Integrativo e Intercultural**" El Modelo APISV, considera al individuo, la familia y la comunidad, como el centro de su accionar y se articula a procesos de desarrollo sostenible con participación intersectorial, que se orienta al cambio de los factores determinantes de la salud: desde los estilos de vida individual hasta los modos de vida sociales, comunitarios, ancestrales, que deben ser abordados con acciones de promoción, para asegurar favorables resultados en controlar el proceso de salud – enfermedad. Pretende incorporar la interculturalidad como un eje transversal para las acciones de salud, cambiando el sentido de las prestaciones desde el circunscritamente biofísico, nosológico y de asistencia intramural, a uno promotor de la salud familiar, comunitario, integral y personalizado; y, se brindará atención integral de salud en los ámbitos físico, mental, social, y, en los campos de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación, saneamiento ambiental y desarrollo comunitario. Se espera que el Seguro Social Campesino (SSC), la parte del instituto con mayor desarrollo en APS e interculturalidad, lidere este desarrollo.

El Modelo **Atención Primaria Integral de Salud y Vida (**APISV), se basa en tres elementos claves para la atención al usuario: Personalización diagnóstica, Semiología integral y Nosología intercultural; y en tres elementos claves para la administración y gestión: Adecuación cultural de los servicios, Adaptación de la oferta a la demanda y Accesibilidad de los servicios a la comunidad. En su conjunto debe cubrir contingencias de enfermedad, maternidad, paternidad, riesgos de trabajo, cesantía, desempleo, vejez, invalidez, discapacidad y muerte. Las prestaciones de salud de las contingencias de enfermedad y maternidad se brindan a través de la red integral de salud. (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social - IESS 2013)

Atribuciones y competencias de las esferas gubernamentales

De acuerdo a la Ley Orgánica de Salud (2006) el nivel central del estado es responsable de formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario. El Ministerio de Salud Pública (MSP) es el ente rector de la salud en el país y lleva el liderazgo en todos los procesos definidos en las políticas de salud del gobierno.

La conducción del sistema está a cargo, en el nivel nacional, del Ministerio de Salud Pública con el asesoramiento del Consejo Nacional de Salud (CONASA). Este consejo está integrado por las 17 entidades que integran el Sistema Nacional de Salud, está presidido por el ministro de salud pública.

De acuerdo a la Ley Orgánica de Salud (Republica del Ecuador 2011c), el ministerio tiene las siguientes funciones:

1. Definir y promulgar la política nacional de salud … así como aplicar, controlar y vigilar su cumplimiento;
2. Ejercer la rectoría del Sistema Nacional de Salud;
3. Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares;
4. Declarar la obligatoriedad de las inmunizaciones contra determinadas enfermedades, en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requiera; definir las normas y el esquema básico nacional de inmunizaciones; y, proveer sin costo a la población los elementos necesarios para cumplirlo;
5. Regular y vigilar la aplicación de las normas técnicas para la detección, prevención, atención integral y rehabilitación, de enfermedades transmisibles, no transmisibles, crónico-degenerativas, discapacidades y problemas de salud pública declarados prioritarios, y determinar las enfermedades transmisibles de notificación obligatoria, garantizando la confidencialidad de la información;

   5-A.- Dictar, regular y controlar la correcta aplicación de la normativa para la atención de patologías consideradas como enfermedades catastróficas, así como, dirigir la efectiva aplicación de los programas de atención de las mismas.
6. Formular e implementar políticas, programas y acciones de promoción, prevención y atención integral de salud sexual y salud reproductiva de acuerdo al ciclo de vida que permitan la vigencia, respeto y goce de los derechos, tanto sexuales como reproductivos, y declarar la obligatoriedad de su atención en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requiera;
7. Establecer programas de prevención y atención integral en salud contra la violencia en todas sus formas, con énfasis en los grupos vulnerables;
8. Regular, controlar y vigilar la donación, obtención, procesamiento, almacenamiento, distribución, transfusión, uso y calidad de la sangre humana, sus componentes y derivados, en instituciones y organismos públicos y privados, con y sin fines de lucro, autorizados para ello;
9. Regular y controlar el funcionamiento de bancos de células, tejidos y sangre; plantas industriales de hemoderivados y establecimientos de aféresis, públicos y privados; y, promover la creación de éstos en sus servicios de salud;
10. Emitir políticas y normas para regular y evitar el consumo del tabaco, bebidas alcohólicas y otras sustancias que afectan la salud;
11. Determinar zonas de alerta sanitaria, identificar grupos poblacionales en grave riesgo y solicitar la declaratoria del estado de emergencia sanitaria, como consecuencia de epidemias, desastres u otros que pongan en grave riesgo la salud colectiva;
12. Elaborar el plan de salud en gestión de riesgos en desastres y en sus

consecuencias, en coordinación con la Dirección Nacional de Defensa Civil y demás organismos competentes;

13. Regular, vigilar y tomar las medidas destinadas a proteger la salud humana ante los riesgos y daños que pueden provocar las condiciones del ambiente;
14. Regular, vigilar y controlar la aplicación de las normas de bioseguridad, en coordinación con otros organismos competentes;
15. Regular, planificar, ejecutar, vigilar e informar a la población sobre actividades de salud
16. concernientes a la calidad del agua, aire y suelo; y, promocionar espacios y ambientes saludables, en coordinación con los organismos seccionales y otros competentes;
17. Regular y vigilar, en coordinación con otros organismos competentes, las normas de seguridad y condiciones ambientales en las que desarrollan sus actividades los trabajadores, para la prevención y control de las enfermedades ocupacionales y reducir al mínimo los riesgos y accidentes del trabajo;
18. Regular y vigilar las acciones destinadas a eliminar y controlar la proliferación de fauna nociva para la salud humana;
19. Regular y realizar el control sanitario de la producción, importación, distribución, almacenamiento, transporte, comercialización, dispensación y expendio de alimentos procesados, medicamentos y otros productos para uso y consumo humano; así como los sistemas y procedimientos que garanticen su inocuidad, seguridad y calidad, a través del Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical Dr. Leopoldo Izquieta Pérez y otras dependencias del Ministerio de Salud Pública;
20. Dictar en coordinación con otros organismos competentes, las políticas y normas para garantizar la seguridad alimentaria y nutricional, incluyendo la prevención de trastornos causados por deficiencia de micro nutrientes o alteraciones provocadas por desórdenes alimentarios, con enfoque de ciclo de vida y vigilar el cumplimiento de las mismas;
21. Formular políticas y desarrollar estrategias y programas para garantizar el acceso y la disponibilidad de medicamentos de calidad, al menor costo para la población, con énfasis en programas de medicamentos genéricos;
22. Regular y controlar toda forma de publicidad y promoción que atente contra la salud e induzcan comportamientos que la afecten negativamente;
23. Regular, controlar o prohibir en casos necesarios, en coordinación con otros organismos competentes, la producción, importación, comercialización, publicidad y uso de sustancias tóxicas o peligrosas que constituyan riesgo para la salud de las personas;
24. Regular, vigilar y controlar en coordinación con otros organismos competentes, la producción y comercialización de los productos de uso y consumo animal y agrícola que afecten a la salud humana;
25. Regular, vigilar, controlar y autorizar el funcionamiento de los establecimientos y servicios de salud, públicos y privados, con y sin fines de lucro, y de los demás sujetos a control sanitario;

26. Regular y ejecutar los procesos de licenciamiento y certificación; y, establecer las normas para la acreditación de los servicios de salud;
27. Establecer políticas para desarrollar, promover y potenciar la práctica de la medicina tradicional, ancestral y alternativa; así como la investigación, para su buena práctica;
28. Determinar las profesiones, niveles técnicos superiores y auxiliares de salud que deben registrarse para su ejercicio;
29. Diseñar en coordinación con el Ministerio de Educación y Cultura y otras organizaciones competentes, programas de promoción y educación para la salud, a ser aplicados en los establecimientos educativos estatales, privados, municipales y fiscomisionales;
30. Desarrollar y promover estrategias, planes y programas de información, educación y comunicación social en salud, en coordinación con instituciones y organizaciones competentes;
31. Dictar, en su ámbito de competencia, las normas sanitarias para el funcionamiento de los locales y establecimientos públicos y privados de atención a la población;
32. Regular, controlar y vigilar los procesos de donación y trasplante de órganos, tejidos y componentes anatómicos humanos y establecer mecanismos que promuevan la donación voluntaria; así como regular, controlar y vigilar el uso de órtesis, prótesis y otros implantes sintéticos en el cuerpo humano;
33. Participar, en coordinación con el organismo nacional competente, en la investigación y el desarrollo de la ciencia y tecnología en salud, salvaguardando la vigencia de los derechos humanos, bajo principios bioéticos;
34. Emitir las normas y regulaciones sanitarias para la instalación y funcionamiento de cementerios, criptas, crematorios, funerarias, salas de velación y tanatorios;
35. Cumplir y hacer cumplir esta Ley, los reglamentos y otras disposiciones legales y técnicas relacionadas con la salud, así como los instrumentos internacionales de los cuales el Ecuador es signatario.

Los Consejos Provinciales de Salud están presididos por el Prefecto o su representante y la Secretaria Técnica es ejercida por el Director Provincial de Salud respectivo. Se conforman con un representante por cada uno de los Consejos Cantonales de Salud de la jurisdicción territorial correspondiente. Tienen como funciones:

1. Participar en la formulación del Plan Integral de Salud en la provincia.
2. La coordinación y apoyo a los consejos cantonales de salud.

Los Consejos Cantonales de Salud están presididos por el Alcalde o su representante y la Secretaría Técnica es ejercida por el Jefe del Área de Salud respectivo o designado. Se conformarán con representantes de los integrantes del Sistema que actúan a nivel cantonal y de las Juntas Parroquiales. Se promoverá la participación paritaria del Estado y la sociedad civil. Tienen las siguientes funciones:

1. Aplicar la política nacional en salud, adaptada al ámbito cantonal.
2. Formular y evaluar el Plan Integral de Salud en el cantón.
3. Coordinar las acciones de promoción de la salud con otras entidades de desarrollo provincial, local y la comunidad.
4. Apoyar la organización de la red de servicios en el cantón.
5. Promover la participación, control social y el cumplimiento y exigibilidad de los derechos de los usuarios.
6. Vigilar que la celebración de contratos o convenios de prestación de servicios de salud entre las entidades públicas y privadas del cantón, guarden concordancia con los objetivos y el marco normativo del Sistema.
7. Las demás que le asignen la Ley, su Estatuto y el Reglamento.

Desde 2013, la organización del sistema en su parte ejecutiva se basa en el modelo de desconcentración sustentado en la nueva división político-administrativa del país (Nacional, 9 Zonas y 140 Distritos), dada por la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, y se orienta a reorganizar y fortalecer la capacidad de gestión de las nuevas unidades administrativas, el traspaso de competencias y recursos de acuerdo a los requerimientos del MAIS-FC. El sector de la Salud Pública es catalogado como altamente desconcentrado y con baja descentralización.

El nivel provincial y cantonal (municipios) todavía existen, pero sus funciones deben subordinarse a la nueva figura. Una zona es en general la unión de varias provincias. Los distritos pueden o no superponerse a los municipios. Las funciones de cada nivel son como sigue:

Nivel Central

1. Rectoría del Sistema Nacional de Salud
2. Responsables de la definición de políticas nacionales de acuerdo a la nueva estructura institucional
3. Responsables de la planificación estratégica del sector salud público y privado por niveles de atención
4. Elaboración y conducción de la consolidación nacional del Modelo de Atención Integral de Salud, garantizando el enfoque de APS, articulándolo con las políticas nacionales de desarrollo, políticas, estrategias y planes sectoriales y garantizando el enfoque integral, integrado y la transversalidad de los programas y proyectos.
5. Coordinación con la Dirección de Normalización el diseño y actualización a las prestaciones, así como, las normas y estándares para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud.
6. Coordinación con la Dirección de Normalización la definición del paquete de prestaciones garantizadas y priorizadas de acuerdo al perfil epidemiológico, enfoque de evitabilidad, y estrategias nacionales.
7. Coordinar con la Dirección de Talento Humano los mecanismos técnicos y estrategias de organización relacionados a la calificación de recursos humanos para la gestión, planificación, prestación, monitoreo y evaluación del Modelo de Atención.

8. Coordinar con la Dirección de Talento Humano la definición de las políticas de capacitación y formación de los equipos de salud para los diferentes niveles de atención e implementar la carrera sanitaria, coordinar la formación en Medicina Familiar - APS para los equipos de salud del primer nivel de atención y la formación de los TAPS
9. Coordinar con la Dirección de Talento Humano la articulación con las Universidades referente a los cambios curriculares en las áreas de medicina, psicología, enfermería, odontología, obstetricia con el objetivo de formar profesionales con perfil adecuado para Atención Primaria
10. Gestionar el financiamiento para el cumplimiento de metas y objetivos de acuerdo a los compromisos de gestión
11. Organización de la red pública y complementaria y redes distritales, estableciendo los estándares para su funcionamiento y articulación.
12. Definir estrategias de articulación con otros subsistemas sanitarios públicos y privados con el fin de institucionalizar la Atención Primaria
13. Consolidación, análisis periódico de la información y retroalimentación para la toma de decisiones a nivel nacional en función de indicadores de producción, calidad de las prestaciones, logro de resultados de impacto social y metas, e indicadores de gestión.
14. Asistencia técnica, capacitación y seguimiento al equipo técnico Zonal en los diferentes componentes del Modelo de Atención en Salud.
15. Promover el intercambio de experiencias y estimular el desarrollo de estudios e investigaciones para mejorar el Modelo de Atención en Salud.
16. Coordinar la cooperación con organismos internacionales, con ONG y del sector privado para el fortalecimiento de la Atención Primaria.
17. Supervisión, monitoreo y evaluación del nivel zonal
18. Control y auditoria de la implementación del Modelo de Atención.

Nivel Zonal

1. Coordinan la implementación de las políticas y normas emitidas por el MSP, que conducen y planifican la red de servicios pública e integrada en el ámbito territorial (direccionamiento estratégico).
2. Coordinar la elaboración participativa del Plan Estratégico de Salud y planes operativos a nivel zonal
3. Ejecutar controles de calidad (evaluación; auditoria médica, financiera y de actividades en terreno)
4. Consolidación, análisis, validación y retroalimentación de la información de los Distritos, en lo relacionado con la medición de la calidad (indicadores) y las actividades de intervención (seguimiento).
5. Implementar y garantizar el funcionamiento del Sistema Único de Información a nivel regional
6. Coordinar la implementación del Sistema Único de Información y el ingreso y envió quincenal de la información consolidada de sector público y privado.

7. Centralizan la información zonal y con ella mantienen y actualizan el Sistema Nacional de Información
8. Conducción, supervisión, monitoreo y evaluación de la consolidación del Modelo de Atención Integral de Salud a nivel de los distritos de su jurisdicción
9. Gestionar recursos para el financiamiento de las actividades del Plan de Salud.
10. Control del cumplimiento de normas y estándares en sector público y privado
11. Asistencia técnica, capacitación y seguimiento a los equipos técnicos distritales en la medición de indicadores y mejoramiento de la calidad de atención, en los aspectos metodológicos y de los resultados de impacto social.
12. Evaluaciones anuales sobre las acciones de salud contempladas en el Plan de Salud.
13. Coordinar y gestionar la organización y distribución del talento humano de acuerdo a los requerimientos del modelo así como la implementación de los procesos de capacitación
14. Asegurar la Participación social involucrando activamente a todos los actores sociales durante las fases de implementación del Modelo de Atención en Salud.
15. Organizar la red social de su área de cobertura.
16. Coordinación de la conformación y funcionamiento de redes públicas zonales y red complementaria de salud
17. Implementan los procesos de licenciamiento y organizan la articulación y funcionamiento de las redes pública y complementaria en la zona
18. Realizan seguimiento y evaluación de sus redes, en función de los planes operativos (POA) y compromisos de gestión (productos, metas, indicadores)
19. Realizar acuerdos de gestión para el cumplimiento de metas
20. Organizar y coordinar campañas zonales de promoción y educación en salud de acuerdo a prioridades nacionales

El Gobierno zonal (provincial) participa en el financiamiento con recursos propios además de las transferencias que recibe del nivel central.

Nivel Distrital de salud

1. Coordinar la elaboración e implementación del Plan Integral de Salud distrital relacionándolo con las políticas nacionales y zonales. El plan se construye de manera participativa y con enfoque intersectorial.
2. Conducción y coordinación de la implementación, ejecución y seguimiento del Modelo de Atención Integral de Salud en el distrito.
3. Coordinar el funcionamiento articulado de la Red Pública y Complementaria de salud
4. Consolidar las programaciones locales integrales de salud para las asignaciones presupuestarias respectivas en el sector público
5. Consolidación, análisis, validación y retroalimentación de la información de las unidades operativas y acciones de la red pública y complementaria.

6. Conducción, conformación, organización, capacitación y asistencia técnica a equipos de salud.
7. Implementar los mecanismos de incentivos y formas de reconocimiento al mejoramiento de la calidad de la atención en el distrito.

El artículo 55 del Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización (Republica del Ecuador 2010) define como competencia exclusiva del gobierno autónomo descentralizado municipal el Planificar, construir y mantener la infraestructura física y los equipamientos de salud y educación… y su Art. 138 manda la gestión concurrente con los gobiernos autónomos descentralizados en la planificación, construcción y mantenimiento de la infraestructura física, así como actividades de colaboración y complementariedad entre los distintos niveles de gobierno, en el marco de los sistemas nacionales de salud y educación correspondientes. Cada nivel de gobierno será responsable del mantenimiento y equipamiento de lo que administre. El gobierno cantonal (municipal) puede financiar acciones o el funcionamiento de servicios específicos de salud de acuerdo a las necesidades identificadas y sus recursos propios.

El presupuesto público en salud se asigna de manera automática a las direcciones provinciales (actualmente zonas), jefaturas de área y los municipios (actualmente distritos) conforme a planes de salud y con criterios de equidad, índice poblacional y riesgo epidemiológico, a excepción de los recursos que se requieran para el ejercicio de la coordinación del Ministerio de Salud Pública.

Las atribuciones y competencias de las esferas gubernamentales nacional y sub-nacionales, con respecto a la provisión de servicios de salud en Red son (Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2014c):

Nivel Nacional

1. Definir las políticas y normas nacionales de provisión y prestación
    a. Conjunto de prestaciones de salud.
    b. Normas de atención (protocolos de atención y de intervenciones sanitarias) y de servicios de salud (niveles de complejidad y estándares de los servicios).
    c. Normas de calificación, selección y contratación de prestadores
    d. Tarifario Nacional
    e. Niveles remunerativos de los recursos humanos.
    f. Regula y gestiona el financiamiento para los servicios de salud
2. Planificación Nacional de la RED
3. Definición de polos de desarrollo de prestaciones de alcance nacional
4. Coordinación nacional de la RED
5. Control y Evaluación técnico- financiera

Nivel Zonal

1. Planificación zonal de los establecimientos de salud
2. Diseño y gestión de la red zonal y sus flujos:
3. Organizar e implementar los establecimientos de salud por niveles de atención y gestión de la red, que brindan servicios en la zona, en coordinación con los actores locales.
4. Organizar, implementar y mantener los servicios de salud en red para la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación, atención prehospitalaria y cuidados paliativos, en coordinación con los actores locales.
5. Dictar las instrucciones sobre los aspectos de su responsabilidad y los servicios de su competencia en el marco de las normativas nacionales
6. Promover y regular actividades y servicios en materia de salud y saneamiento.
7. Garantizar la referencia, derivación y contrarreferencia
8. Articulación ESS públicos y privados
9. Supervisar y fiscalizar los servicios de salud públicos y privados.
10. Planificar, financiar y ejecutar proyectos de infraestructura sanitaria y equipamiento, promoviendo el desarrollo tecnológico en salud en el ámbito zonal
11. Gestión de pacientes y de Pagos a establecimientos de salud

Nivel Distrital

1. Planificación distrital de los establecimientos de salud y su funcionamiento en red.
2. Diseño y gestión de la microrred zonal y sus flujos.
3. Organizar, reglamentar y administrar los servicios públicos de su responsabilidad.
4. Dictar las instrucciones sobre los aspectos de su responsabilidad y los servicios de su competencia en el marco de las normativas nacionales
5. Gestionar la articulación de los establecimientos de salud del primer nivel de salud, así como definir la construcción y equipamiento de los mismos en los espacios que los necesiten, en coordinación con actores locales y los organismos zonales y nacionales pertinentes:
6. Organiza y controla la prestación de servicios y la promoción de la salud,
7. Adecua a las necesidades locales, la promoción, protección y garantía de la participación ciudadana.
8. Maneja los recursos económicos, humanos y físicos en función de sus necesidades.
9. Realizar jornadas locales sobre aspectos prioritarios de salud
10. Organización de las referencias, contrarreferencias y continuidad de la atención
11. Articulación ESS públicos y privados
12. Gestión de pacientes y de planillaje de prestaciones

DIMENSIÓN 2 – FINANCIAMIENTO DE LA APS

En su generalidad el financiamiento de salud proviene de fondos nacionales (impuestos generales y sobre todo renta petrolera). La participación de recursos provinciales y municipales es marginal y circunscrita a iniciativas propias de esos niveles de gobierno.

El presupuesto para los servicios públicos, que nominalmente es parte del ministerio de salud, se reparte anualmente a las direcciones provinciales de salud (coordinaciones zonales en la nueva división administrativa) con base en paquetes presupuestarios que se negocian anualmente.

En 2011 el gasto total en salud de Ecuador fue de aproximadamente 1,5 miles de millones de dólares (332 per capita). El 41% ($4,8 miles de millones) de este gasto provino de fondos públicos, representando 6% de los gastos públicos totales. A pesar de que ese año ya se había implantado la gratuidad en todos servicios públicos, el gasto privado fue todavía el 59% del gasto sanitario siendo el grueso de este gasto todavía de bolsillo pues los seguros privados representaban sólo 4.8% del gasto privado. El gasto per cápita en salud aumentó de 202 dólares en 2000 a 474 dólares en 2008 (Año de la emergencia sanitaria). El plan de desarrollo marca una meta para elevar el financiamiento en salud hasta el 3,7 por ciento del producto interno bruto hasta el año 2017. Consecuentemente, no existe ningún esfuerzo para racionalizar o contener los costos.

El financiamiento en salud se divide administrativamente entre gasto corriente y proyectos de inversión. Se considera inversión a la compra de bienes de capital y todas las actividades con un plazo definido para su finalización; puede incluir salarios e insumos que se consideran temporales hasta conseguir una meta definida. Las obras de infraestructura son contratadas por una entidad autónoma llamada Secretaría de construcción de obras que ejecuta proyectos de inversión en obras civiles para todos los sectores.

En 2011, el 65% del gasto se destinó a infraestructura, equipamiento y mantenimiento, mientras que el 18% fue gasto en personal, revirtiendo la tendencia secular del gasto en servicios personales llevando la mayor parte del presupuesto.

Los recursos del Seguro General de Salud provienen de la aportación individual obligatoria de los afiliados, la aportación obligatoria de los empleadores (hasta el 10% del salario) y la contribución del Estado.

Los servicios de salud y prestaciones del Seguro Social Campesino (SSC) se financian con recursos provenientes del aporte solidario de afiliados y empleadores, la contribución obligatoria de seguros públicos y privados, el aporte diferenciado de familias protegidas (menos de 10$ por año), la contribución del Estado y las asignaciones suplementarias determinadas por el Poder Ejecutivo.

Una particularidad del seguro policial (ISSPOL) es que también los retirados aportan 2.5% de sus pensiones. En el caso del seguro militar (ISSFA), los beneficiarios del asegurado (familia) deben realizar un con pago equivalente al

30% del costo de la atención recibida en cualquier establecimiento de la República, siendo en realidad ésta una distorsión del sistema, pues la atención es enteramente gratuita para todo el resto de la población.

Co-pago en APS

No existe ninguna forma de co-pago para ningún servicio en la Red Pública de Salud. De hecho, cuando un servicio es considerado necesario y los recursos públicos no pueden satisfacerlos oportunamente, el sistema compra el servicio a una entidad privada de la llamada Red Complementaria (privados adscritos por convenio) según un tarifario que asigna valor monetario a cada servicio (multiplica Unidades de Valor Relativo de cada procedimiento y/o servicio por un Factor de Conversión Monetario) considerando variaciones geográficas, Calidad, Emergencia y nivel de complejidad.(Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2012b)

Este mecanismo asegura el acceso oportuno de los pacientes a todo servicio. Sin embargo, en entrevistas se expresaron dudas sobre la pertinencia de algunas compras de servicios, sobre todo de procedimientos diagnósticos de alta complejidad, que se hacen de manera muy frecuente y que pudieran resultar en un flujo regular de fondos públicos a entidades privadas. Un caso diferente es el de regiones (por ejemplo las zonas deprimidas de la Ciudad de Guayaquil) donde la red pública no tiene recursos (ni físicos ni humanos) suficientes y el sistema compra sistemáticamente servicios (también de APS) a instituciones privadas (la Junta de Beneficencia de Guayaquil, en nuestro ejemplo) que tienen estructuras instaladas e históricamente bien posicionadas. Similar trato, esta vez por brecha en estructura y experticia de servicios especializados, recibe la Sociedad de Lucha contra el Cáncer.

DIMENSIÓN 3 – CARACTERÍSTICAS DE LA PRESTACIÓN DE LA APS EN EL PAÍS

La actividad de los equipos de APS se divide en atención intra y extramural. Cada Unidad Operativa (Centro o Puesto de Salud) atiende por lo menos 8 horas diarias, hay unidades del primer nivel que atienden 12 y 24 horas - según detalle específico definido por cada dirección distrital (por ejemplo de 10:00 a 18:30 de miércoles a domingo, con descanso lunes y martes en Cotacachi). Presta atención integral individual por ciclo de vida (mujer, del niño/a, adolescente, adulto, adulto mayor), familiar, comunitaria y del entorno natural (ambiental) y el ambiente humano:

Atención integral de la mujer:

1. Atención prenatal (captación temprana) y postnatal
2. Anticoncepción—planificación familiar
3. Vacunación en edad reproductiva
4. Atención odontológica
5. Morbilidad propia de la mujer
6. Detección del cáncer de cerviz y mama
7. Detección y referencia de violencia a la mujer
8. Violencia

Atención integral al niño/a:

1. Consulta de crecimiento y desarrollo
2. Atención de la enfermedad
3. Programa ampliado de inmunizaciones
4. Salud oral integral
5. Rehabilitación básica
6. Captación y seguimiento de grupos de riesgo
7. Captación temprana del recién nacido

Atención integral al adolescente:

1. Consulta de crecimiento y desarrollo
2. Atención de la enfermedad
3. Salud oral integral
4. Rehabilitación básica
5. Educación en salud sexual y reproductiva
6. Captación y seguimiento de grupos de riesgo

Atención integral al adulto

1. Atención de la enfermedad
2. Detección precoz y seguimiento de enfermedades crónicas
3. Rehabilitación básica
4. Atención odontológica
5. Prevención y detección de riesgos y enfermedades laborales

Atención integral al adulto mayor

1. Detección y control del enfermo crónico
2. Detección precoz y seguimiento a grupos de riesgo
3. Atención de la enfermedad
4. Rehabilitación básica

Atención del ambiente humano

1. Organización y participación de la comunidad
2. Vigilancia epidemiológica
3. Elaboración e implementación de planes de preparativos y respuestas ante emergencias y desastres.
4. Planificación y ejecución en gestión de riesgos (análisis y disminución del riesgo; respuesta y recuperación ante eventos adversos de origen natural y antrópico).
5. Identificación y clasificación de riesgos ambientales
6. Vacunación de animales domésticos
7. Control y/o eliminación de insectos y roedores
8. Vigilancia y control de la calidad de agua, alimentos y sustancias peligrosas
9. Vigilancia y control de desechos sólidos.

Acciones de promoción y control epidemiológico

1. Análisis situacional de salud ASIS del sector y población asignada.
2. Apertura de las fichas familiares de la población asignada
3. Elaboración de la programación local integral de salud PLIS
4. Mapa Parlante (instrumento geográfico que muestra la distribución física de poblaciones, servicios, accidentes geográficos y sus principales indicadores)
5. Plan de intervención en función de los factores de riesgo (mínimo 20% de
6. visitas familias intervenidas, 3 actividades de promoción de la salud).
7. Fortalecimiento o creación de espacios de participación social en salud
8. (mínimo 1 organización social conformada y 3 actividades realizadas).
9. Registro y sistematización de todas las actividades realizadas.

10. Desarrollo de otras actividades de promoción y fomento de la salud,recuperación y rehabilitación de las enfermedades correspondientes alprimer nivel de atención inherentes a cada profesión.
11. Obligatorio cumplimiento del sistema de referencia y contrarreferencia.

El 2012 se brindaron 17.768.828 atenciones dentro los establecimientos (por médico, obstetriz y psicólogo) de un total de 19.885.851.

Por otra parte, las atenciones extra murales, a cargo del **Equipo de Atención Integral de Salud** (EAIS), parte de los equipos profesionales de salud y administrativos de los establecimientos de salud del primer nivel, con especificidades de acuerdo a su tamaño y complejidad, comprenden:

1. Atención sanitaria en el domicilio del enfermo
2. Prevención primaria y promoción de la salud a grupos de usuarios, educación sanitaria.
3. Inmunizaciones
4. Actividades en materia de atención familiar
5. Actividades de información y vigilancia en la protección de la salud
6. Suministro de medicamentos esenciales
7. Atención y seguimiento de enfermedades crónicas degenerativas:
8. Atención paliativa a enfermos terminales
9. Dispenzarización de familias (afiliación)
10. Registro y actualización de la Ficha Familiar

En 2012 se realizaron 345.720 atenciones en domicilio, 791.978 en la comunidad y 979.325 en escuelas.

Los servicios de odontología no hacen parte del equipo básico de salud, aunque no se excluyen de la cartera de servicios, muchos de los centros de mayor complejidad incluyen consultorios dentales. Para el año 2012 fueron 6.018.623 atenciones de esta especialidad. Las Unidades móviles realizan atención similar a un centro de salud de baja complejidad, excepto las acciones sobre el ambiente humano.

Existen establecimientos públicos de salud (incluyendo al Seguro Campesino) en todo el país, pero con falencias en las zonas rurales más dispersas. La ampliación de los horarios de atención de trabajo de 4 a 8 horas y la atención de los centros de salud de 8 a 12 horas y la implementación de nuevas unidades de mayor complejidad (tipo c) que trabajarán 24 hrs. ha mejorado sensiblemente, a decir de autoridades locales y equipos de atención, la oportunidad de la atención en el primer nivel.

Otra medida importante en ese sentido fue la implementación del agendamiento de citas para la atención ambulatoria, sea por llamado telefónico (donde es pertinente) o presencial. Según la percepción de las autoridades esta medida ha ordenado el acceso al sistema, especialmente para los niveles de referencia y ya no se observan filas afuera de los establecimientos. Sin

embargo, otros actores locales precisan que en algunos casos pueden haberse aumentado los tiempos de espera, sobre todo para procedimientos diagnósticos o terapéuticos de alta demanda.

DIMENSIÓN 4 – CARACTERÍSTICAS DE LA ORGANIZACIÓN DE LA APS EN EL PAÍS

Provisión de la APS

El Sistema Nacional de Salud, contempla dos tipos de redes: las redes zonales y las micro-redes distritales de salud

Existen registrados 3 847 establecimientos de salud, de los cuales 80% pertenecen al sector público. El MSP concentra 47% de las unidades y el IESS otro 24%. El 10% pertenece a municipios, ministerios diferentes al MSP, ISSFA, ISSPOL y otras entidades. El sector privado concentra alrededor del 20% de los establecimientos de salud, 14% en instituciones con fines de lucro y el restante 6% en ONGs.

El MSP cuenta con 1 674 establecimientos de salud ambulatorios y 125 hospitales: 28 hospitales generales, 79 hospitales cantonales y 18 hospitales de especialidad. El IESS brinda atención en 902 unidades ambulatorias entre servicios y anexos en las empresas, además de 18 centros hospitalarios, tres regionales y 15 provinciales. El ISSFA dispone de 72 establecimientos con servicios de atención ambulatoria y 16 de hospitalización. El ISSPOL cuenta con 35 unidades operativas, de las cuales dos son hospitalarias.

La clasificación de establecimientos de APS es como sigue (Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2014a):

1. **Puesto de Salud**

Es un establecimiento del Sistema Nacional de Salud, que presta servicios de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, fomentando actividades de participación comunitaria y primeros auxilios; su población asignada o adscrita es de menos de 2.000 habitantes; cumple con las normas de atención del Ministerio de Salud Pública, cuenta con botiquín e informa mensualmente de sus actividades al Nivel de Atención correspondiente. Es la Unidad de menor Nivel de complejidad, atendida por auxiliar de enfermería o técnico superior en enfermería; ubicado en la zona rural de amplia dispersión poblacional. El cálculo de población rige para el sector público.

Puede ser además una unidad de atención itinerante para los Equipos de Atención Integral de Salud en aquellos lugares de difícil acceso.

2. **Consultorio general**

Es un establecimiento de salud que presta atenciones de diagnóstico y/o tratamiento en medicina familiar o general, obstetricia, odontología general y psicología, que cumple con las normas de atención del Ministerio de Salud Pública.

3. Centro de Salud A

Es un establecimiento del Sistema Nacional de Salud que atiende a una población de 2.000 a 10.000 habitantes, asignados o adscritos, ubicado en el sector urbano o rural; presta servicios de promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación de la salud, rehabilitación y cuidados paliativos, a través de los servicios de consulta externa en medicina familiar y/o general, odontología general, enfermería y fomentando actividades de participación comunitaria; cuenta con botiquín y/o farmacia institucional, cumple con las normas de atención del Ministerio de Salud Pública. El cálculo de población rige para el sector público.

4. Centro de Salud B

Es un establecimiento del Sistema Nacional de Salud que atiende a una población de 10.000 a 50.000 habitantes asignados o adscritos, presta servicios de promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación de la salud, rehabilitación y cuidados paliativos, a través de los servicios de consulta externa en medicina familiar y/o general, odontología general, psicología, obstetricia y enfermería, puede disponer de servicios de apoyo en nutrición y trabajo social. Dispone de servicios auxiliares de diagnóstico en laboratorio clínico, imagenología básica, opcionalmente audiometría, farmacia institucional; promueve acciones de salud pública y participación social; cumple con las normas y programas de atención del Ministerio de Salud Pública. El cálculo de población rige para el sector público.

5. Centro de Salud C

Es un establecimiento del Sistema Nacional de Salud que atiende a una población de 25.000 a 50.000 habitantes asignados o adscritos, presta servicios de promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación de la salud, rehabilitación y cuidados paliativos, a través de los servicios de consulta externa en medicina familiar y/o general, odontología general, psicología, obstetricia y enfermería, puede disponer de servicios de apoyo en nutrición y trabajo social. Dispone de servicios auxiliares de diagnóstico en laboratorio clínico, imagenología básica, opcionalmente audiometría, farmacia institucional; maternidad de corta estancia y emergencia; promueve acciones de salud pública y participación social; cumple con las normas y programas de atención del Ministerio de Salud Pública. El cálculo de la población rige para el sector público.

NIVELES DE COMPLEJIDAD, CATEGORÍA Y NOMBRES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL			
NIVELES DE ATENCIÓN	NIVELES DE COMPLEJIDAD	CATEGORÍA	NOMBRE
Primer nivel de atención	1o Nivel de complejidad	1-1	Puesto de salud
	2° Nivel de complejidad	1-2	Consultorio general
	3° Nivel de complejidad	1-3	Centro de salud - A
	4°Nivel de complejidad	1-4	Centro de salud - B
	5°Nivel de complejidad	1-5	Centro de salud - C

Las poblaciones asignadas a las Unidades del Primer Nivel de Atención pueden variar de acuerdo al criterio de accesibilidad geográfica y dispersión poblacional; serán casos excepcionales justificados técnicamente. La norma estandariza la infraestructura y la cartera de servicios de cada tipo de establecimiento, sin embargo todavía existe heterogeneidad en las prestaciones aseguradas en cada establecimiento.

Existen mecanismos específicos a los que un equipo puede acudir para tratar o referir enfermedades catastróficas, raras y para personas con discapacidad severa.

Una figura interesante es la de los centros “anidados” dentro de los hospitales rurales de segundo nivel. Puesto que estos nosocomios son el primer recurso de atención para la población circundante y para asegurar que la misma tenga acceso efectivo a servicios de primer nivel, el sistema ha creado una suerte de centro de salud (que podría clasificarse como de tipo A) que atiende con equipo y organización de acceso propios la consulta espontánea y realizar referencias internas al hospital cuando es necesario.

El Proyecto de inversión para el período 2012-2017 incluye la construcción de 491 Centros tipo A, 277 tipo B, 131 tipo C y 101 Puestos de salud y la adecuación a los nuevos estándares, al menos la tercera parte de las unidades de salud existentes.

Una de las funciones básicas de todos los establecimientos es garantizar la provisión oportuna de medicamentos dando preferencia al uso de medicamentos genéricos.

El Abastecimiento de medicamentos esenciales se realiza sobre la base del presupuesto asignado a cada unidad de salud para que adquiera, mediante mecanismos establecidos, lo necesario para atender las morbilidades según perfil epidemiológico de la población que atiende.

En el caso de los medicamentos para programas priorizados de salud como VIH/SIDA, Tuberculosis, Hemofilia, Fibrosis quística, entre otras; la planificación, adquisición, almacenamiento y distribución de los medicamentos se realiza desde el nivel central de acuerdo al nivel de complejidad. La entrega de medicamentos es gratuita en toda la república.

Se está iniciando un mecanismo para centralizar la adquisición agregada de medicamentos e insumos a través de una nueva agencia pública específica.

Tipo de prestador

La gran mayoría de las 3.280 unidades de salud que brindan APS son públicas (94% si incluimos a la seguridad social), de las que 1.860 (57%) pertenecen al MSP y 1.007 (31%) a instituciones del seguro social. La Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG), la Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil, la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) y la Cruz Roja Ecuatoriana son entes privados que actúan dentro del sector público.

Tabla 1: Establecimientos de salud, con y sin internación según sector y entidad. Ecuador, 2012

Sector y Entidad	Total	Con internación	Establecimientos sin internación					
			Centro de Salud	Sub-centro de Salud	Puesto de Salud	Dispensario Médico	Otros	Total
Total República:	**4.015**	**735**	**211**	**1.387**	**319**	**1.248**	**115**	**3.280**
Sector Público:	**3.287**	**189**	**198**	**1.387**	**319**	**1.127**	**67**	**3.098**
Ministerio de Salud Pública	1.985	125	158	1.363	319	7	13	1.860
Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos	35	2	1	-	-	32	-	33
Ministerio de Defensa Nacional	66	12	5	-	-	49	-	54
Ministerio de Educación	91	-	-	-	-	91	-	91
Otros ministerios	22	-	-	-	-	16	6	22
Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social	75	23	26	24	-	2	-	52
Anexos al Seguro Social	254	-	-	-	-	254	-	254
Seguro Social Campesino	614	-	-	-	-	614	-	614
Otros públicos	17	1	-	-	-	14	2	16
Consejos provinciales	11	-	-	-	-	10	1	11
Municipios	74	9	6	-	-	18	41	65
Universidades y politécnicas públicas	19	1	1	-	-	16	1	18
Junta de Beneficencia de Guayaquil	5	4	-	-	-	1	-	1
Cruz Roja Ecuatoriana	3	-	-	-	-	-	3	3
Sociedad de Lucha contra el Cáncer	13	9	1	-	-	3	-	4
Fiscomisionales	3	3	-	-	-	-	-	-
Sector Privado:	**728**	**546**	**13**	**-**	**-**	**121**	**48**	**182**
Sin fines de lucro 5/	163	32	11	-	-	73	47	131
Con fines de lucro 6/	565	514	2	-	-	48	1	51

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. 2012(Instituto Nacional de Estadísiticas y Censos de Ecuador 2012)

De igual manera, la consulta externa ambulatoria es ofrecida por el sector público (excluyendo la seguridad social) en una proporción de 5,6 a 1 con respecto a los privados. Sin embargo, casi 4 millones de actividades en consulta externa privada no son despreciables. Cabe mencionar que la Junta de Beneficencia de Guayaquil, la Cruz Roja Ecuatoriana, la Sociedad de lucha contra el Cáncer y los establecimientos de la iglesia (Fisco misionales) se consideran en Ecuador como parte de la Red Pública Complementaria pues tienen convenios de adherencia y reciben subvención de fondos públicos. La Sociedad de lucha contra el Cáncer cuenta exclusivamente con establecimientos de entidad especializada y por tanto no entra dentro la APS.

Tabla 2: Consultas de morbilidad, primeras y subsecuentes, realizadas en los establecimientos de salud por sector y entidad, según regiones y provincias 2012

Sector e institución		Número de consultas
Total		**26.027.316**
Sector Público	**Total**	**22.092.328**
	Ministerio de Salud Pública	18.624.858
	Otros Ministerios	1.922.356
	Otros Públicos	413.084
	Consejos Provinciales	29.066
	Municipios	1.102.964
Sector Privado	**Total**	**3.934.988**
	Junta de Beneficencia de Guayaquil	326.973
	Cruz Roja Ecuatoriana	27.402
	Sociedad de lucha contra el Cáncer	571.107
	Fiscomisionales	18.157
	Otras sin fines de lucro	1.758.905
	Con fines de lucro	1.232.444

Fuente: Anuario de recursos y actividades de salud 2012. (Instituto Nacional de Estadísiticas y Censos de Ecuador 2012)

Primer Nivel de Atención – puerta de entrada preferencial

La norma nacional (Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2013b;Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2014a) establece que el Primer Nivel de Atención es la puerta de entrada de preferencia al Sistema Nacional de Salud. Debe facilitar y coordinar el flujo de las usuarias o usuarios dentro del sistema y resolver el 85% de problemas y necesidades de salud además de garantizar una referencia y derivación adecuada, asegurar la continuidad y complementariedad de la atención para no sobrecargar la capacidad hospitalaria y brindar apoyo adecuado a los usuarios y las usuarias referidos de los otros niveles.

Sin embargo, los usuarios tienen libertad de elección del proveedor de servicios de primer contacto, inclusive para servicios de tercer nivel de atención. Ningún establecimiento puede negar una atención requerida y el sistema está obligado a cubrir su costo. En principio, cuando la consulta es demandada en un nivel diferente al primario (o en una zona geográfica considerada no adecuada para asegurar la continuidad de atención), el médico de primer contacto debe brindar los primeros cuidados pero proporcionándole información de la instancia más correcta para resolver su problema y dándole un

turno para consulta subsiguiente por la misma causa en el establecimiento más adecuado.(Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2012a)

El sistema de agendamiento de citas es el instrumento para facilitar este proceso. El Primer nivel agenda interconsultas de procedimientos de mayor complejidad o consulta de especialidad en otros niveles de atención. El turno debe ser gestionado directamente desde los Centros de Primer Nivel, ingresando en las agendas de los servicios hospitalarios a través de un Call Center. Según los entrevistados, este proceso todavía no funciona a cabalidad y con frecuencia es el propio paciente quien debe acudir al centro de mayor complejidad para hacer su cita. Para la derivación en caso de exámenes o procedimientos ambulatorios, se deben enviar al paciente con la siguiente documentación que sirve para activar la red y efectuar cobros:

1. Formulario de solicitud de interconsulta o Formulario de solicitud de examen debidamente validado por el Médico Tratante y el Jefe del Servicio o su delegado.
2. Hoja 053 en la cual especificarán el motivo de la referencia (Situaciones de accesibilidad geográfica, Falta de espacio físico, Equipamiento, infraestructura o personal en la Unidades de la Red de su pertinencia, Tecnología de mayor nivel), lista de espera.

En percepción de las autoridades y equipos entrevistados, este principio se aplica en la mayoría de los casos, con la excepción de casos en que el hospital asume la atención de todo el episodio (por decisión del propio paciente, del médico tratante o de ambos). Este caso es todavía común para la atención pre-natal y de partos eutócicos no complicados, que se atienden en hospitales especializados (maternidades).

Una tarea básica de todo equipo de APS es la adscripción de usuarios y usuarias, sea mediante visitas domiciliarias programadas o en el primer contacto en el establecimiento. En ese momento se realiza la apertura de la Ficha Familiar, instrumento para la detección precoz y atención integral de problemas de salud, sus determinantes sociales y la elaboración de un plan de intervención y seguimiento de familias en riesgo. Denominan Dispensarización al proceso de toma de responsabilidad de un equipo de APS por la salud de una familia de su territorio de influencia. La adscripción de las familias para la provisión de servicios de salud es territorializada por espacio población por circuitos y distritos (parroquia), con el propósito de acercar los servicios de salud a la comunidad, al reducir las barreras de acceso.

Equipo de Atención Integral de Salud (EAIS)

La Instancia operativa básica del sistema de APS es **el Equipo de Atención Integral de Salud (EAIS),** compuesto por médico(a), enfermero(a) y técnico(a) en Atención Primaria en Salud (TAPS), aunque no se excluye la posibilidad de la presencia de otros profesionales; se asigna según el criterio siguiente:

1. 1 por cada 4.000 habitantes a nivel urbano.
2. 1 por cada 1.500 a 2.500 habitantes a nivel rural.

Los EAIS están conformados por profesionales de salud y personal administrativo de los establecimientos de salud del primer nivel de atención a los cuales están asignados.

Es necesario remarcar que toda la estructura normativa del país es de muy reciente aprobación y que el propio modelo no tiene más de tres años de implementación, por lo tanto, servicios, personal, estructuras y culturas organizacionales están en pleno proceso de cambio y adaptación y aún conviven prácticas y modelos nuevos y antiguos. Por ejemplo, la gestión local de las redes aún transita entre las estructuras de provincias y áreas hacia la de zonas y distritos y la definición de la cartera de servicios clínicos-quirúrgicos de cada red y establecimiento está prevista para construirse con base en dos ejes: El normativo del MAIS y el actual de cada establecimiento de salud.

DIMENSIÓN 5 – DESIGUALDADES REGIONALES Y SOCIALES EN EL ACCESO A APS / EXCLUSIÓN EN SALUD

Se observan diferencias en el acceso y la provisión de servicios de APS entre las provincias. Por ejemplo, en Sucumbíos, Carchi, Orellana, Esmeraldas, Santa Elena, Pastaza y Bolívar existen menos de 10 médicos por 10.000 habitantes mientras que en Pichincha, Azuay y Loja hay más de 20.

Tabla 3: Número de Médicos, Odontólogos, Enfermeras, Obstetrices, Psicólogos, Auxiliares de Enfermería, que trabajan en establecimientos de salud y tasas por 10 mil hab según regiones y provincias. Ecuador 2012

Regiones y Provincias	Población	Médicos		Odontólogos		Enfermeras		Obstetrices		Aux.de Enfermería	
		N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
Total República:	**15.520.973**	**26.539**	**17,10**	**3.870**	**2,49**	**14.071**	**9,07**	**2.239**	**1,44**	**17.648**	**11,37**
Región Sierra:	**6.924.765**	**13.999**	**20,22**	**1.857**	**2,68**	**8.038**	**11,61**	**864**	**1,25**	**7.794**	**11,26**
Azuay	767.695	1.885	24,55	256	3,33	841	10,95	112	1,46	866	11,28
Bolívar	195.719	194	9,91	82	4,19	233	11,90	22	1,12	180	9,20
Cañar	244.754	354	14,46	99	4,04	244	9,97	9	0,37	324	13,24
Carchi	175.050	135	7,71	78	4,46	168	9,60	41	2,34	145	8,28
Cotopaxi	437.826	454	10,37	96	2,19	201	4,59	50	1,14	334	7,63
Chimborazo	486.680	627	12,88	130	2,67	431	8,86	41	0,84	472	9,70
Imbabura	426.223	489	11,47	96	2,25	538	12,62	35	0,82	387	9,08
Loja	478.964	981	20,48	148	3,09	517	10,79	22	0,46	588	12,28
Pichincha	2.779.370	7.254	26,10	709	2,55	4.121	14,83	430	1,55	3682	13,25
Tungurahua	537.351	996	18,54	123	2,29	494	9,19	56	1,04	491	9,14
Santo Domingo de los Tsáchilas	395.133	630	15,94	40	1,01	250	6,33	46	1,16	325	8,23
Región Costa:	**7.733.291**	**11.750**	**15,19**	**1.584**	**2,05**	**5.136**	**6,64**	**1.259**	**1,63**	**8.983**	**11,62**
El Oro	644.000	1.146	17,80	171	2,66	392	6,09	94	1,46	561	8,71
Esmeraldas	571.382	488	8,54	138	2,42	333	5,83	139	2,43	459	8,03
Guayas	3.901.981	6.925	17,75	746	1,91	2.968	7,61	562	1,44	5822	14,92
Los Ríos	829.779	1.049	12,64	193	2,33	343	4,13	157	1,89	632	7,62
Manabí	1.451.873	1.848	12,73	272	1,87	1.009	6,95	248	1,71	1321	9,10
Santa Elena	334.276	294	8,80	64	1,91	91	2,72	59	1,77	188	5,62
Región Amazónica:	**800.285**	**762**	**9,52**	**409**	**5,11**	**865**	**10,81**	**113**	**1,41**	**853**	**10,66**
Morona Santiago	161.948	203	12,53	101	6,24	210	12,97	8	0,49	253	15,62
Napo	112.151	134	11,95	65	5,80	154	13,73	26	2,32	132	11,77
Pastaza	91.699	85	9,27	68	7,42	124	13,52	38	4,14	120	13,09

Regiones y Provincias	Población	Médicos		Odontólogos		Enfermeras		Obstetrices		Aux.de Enfermería	
		N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
Zamora Chinchipe	100.170	117	11,68	59	5,89	114	11,38	4	0,40	113	11,28
Sucumbíos	190.896	134	7,02	52	2,72	122	6,39	20	1,05	142	7,44
Orellana	143.421	89	6,21	64	4,46	141	9,83	17	1,19	93	6,48
Región Insular:	**27.284**	**28**	**10,26**	**19**	**6,96**	**31**	**11,36**	**3**	**1,10**	**17**	**6,23**
Galápagos	27.284	28	10,26	19	6,96	31	11,36	3	1,10	17	6,23
Zonas no delimitadas:	35.348	**-**	**-**	1	**0,28**	**1**	**0,28**	**-**	**-**	**1**	**0,28**

Fuente: Anuario de recursos y actividades de salud 2012

De la misma manera, hay menos de 2 establecimientos por 10.000 habitantes en Guayas, Santa Elena, Santo Domingo de los Tsáchilas, Los Ríos y toda la Región Costa; mientras que en Pichincha, Zamora, Chinchipe, Morona Santiago y Pastaza hay más de 6.

Tabla 4: Número y tasa por 10.000 habitantes de establecimientos de salud sin internación hospitalaria, por sector según regiones y provincias. Ecuador, 2012

Regiones y Provincias	Total Establecimientos	Tasa	Total Sector Público	Tasa	Sin fines de lucro	Con fines de lucro	Población
Azuay	230	3,0	215	2,8	8	7	767.695
Bolívar	82	4,2	80	4,1	2	-	195.719
Cañar	103	4,2	102	4,2	-	1	244.754
Carchi	80	4,6	78	4,5	2	-	175.050
Chimborazo	162	3,3	160	3,3	2	-	486.680
Cotopaxi	112	2,6	110	2,5	2	-	437.826
El Oro	132	2,0	128	2,0	4	-	644.000
Esmeraldas	156	2,7	150	2,6	5	1	571.382
Galápagos	7	2,6	7	2,6	-	-	27.284
Guayas	411	1,1	345	0,9	48	18	3.901.981
Imbabura	104	2,4	102	2,4	2	-	426.223
Loja	210	4,4	204	4,3	6	-	478.964
Los Ríos	133	1,6	111	1,3	15	7	829.779
Manabí	314	2,2	306	2,1	7	1	1.451.873
Morona Santiago	101	6,2	101	6,2	-	-	161.948
Napo	38	3,4	38	3,4	-	-	112.151
Orellana	54	3,8	52	3,6	1	1	143.421
Pastaza	63	6,9	62	6,8	1	-	91.699
Pichincha	446	1,6	419	1,5	14	13	2.779.370

Regiones y Provincias	Total Establecimientos	Tasa	Total Sector Público	Tasa	Sin fines de lucro	Con fines de lucro	Población
Región Amazónica:	**378**	4,7	**374**	4,7	**3**	**1**	**800.285**
Región Costa:	**1.192**	1,5	**1.083**	1,4	**81**	**28**	**7.733.291**
Región Insular:	**7**	2,6	**7**	2,6	**-**	**-**	**27.284**
Región Sierra:	**1.702**	2,5	**1.633**	2,4	**47**	**22**	**6.924.765**
Santa Elena	46	1,4	43	1,3	2	1	334.276
Santo Domingo de los Tsáchilas	58	1,5	56	1,4	2	-	395.133
Sucumbíos	61	3,2	60	3,1	1	-	190.896
Tungurahua	115	2,1	107	2,0	7	1	537.351
Zamora Chinchipe	61	6,1	61	6,1	-	-	100.170
Zona no delimitada	1	0,3	1	0,3	-	-	35.348
Total República	**3.280**	2,1	**3.098**	2,0	**131**	**51**	**15.520.973**

Fuente: Anuario de recursos y actividades de salud 2012

DIMENSIÓN 6 – COORDINACIÓN DE LOS CUIDADOS E INTEGRACIÓN DE LA APS EN LA RED DE SERVICIOS

La construcción de un Sistema Nacional de Salud desconcentrado desde el nivel nacional, zonal y distrital es la estrategia para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud y la Red Pública Integral de Salud territorializada. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2014b)

En cada territorio (distritos, zonas) se organizan y articulan, en complementariedad, los diferentes establecimientos de salud (puestos de salud, centros A, B y C, centros de especialidades, hospitales, etc.) en red de acuerdo a su nivel de atención y capacidad resolutiva, desde las acciones que realizan los Técnicos en Atención Primaria de Salud (TAPS) que son el primer contacto como parte de los Equipos de Atención Integral de Salud (EAIS) hasta los hospitales especializados.

EL **DISTRITO DEL BUEN VIVIR** (unidad de gestión social de la república) es la base de la organización en redes. Es un subconjunto del Sistema Nacional de Salud, que a nivel territorial comprende unidades desconcentradas de planificación, gestión y provisión de servicios integrales de salud basados en la estrategia de Atención Primaria Renovada de Salud (APS-R).

Mediante la articulación de la red pública integral de salud a nivel territorial se constituye en la puerta de entrada al sistema, así como el nivel de primera referencia a las unidades de mayor capacidad resolutiva. En 2012 se definió la conformación de 140 distritos administrativos de planificación, así como 1.134 circuitos administrativos de planificación, a nivel nacional, para la gestión de las entidades y organismos que conforman la Función Ejecutiva.

El Distrito es el lugar de encuentro y concreción de tres elementos. El primero son las políticas, estrategias y normas de la Autoridad Sanitaria Nacional. En según lugar están la demanda y características de la población y del territorio. En tercer lugar contiene la realidad local, oferta de servicios y experiencia de los equipos de salud a nivel territorial.

El Distrito es el espacio de articulación intersectorial, que permite una acción complementaria y potenciadora de las distintas instancias gubernamentales, ciudadanas y privadas, en función del mejoramiento de la calidad de vida de la población y la construcción de territorios saludables. En el nivel desconcentrado Distrital de Salud se implementan las estrategias y normas de atención adaptadas a la realidad local, respetando el proceso de la experiencia de los equipos integrales de salud y el trabajo intersectorial para satisfacer las necesidades del Buen Vivir de la población.(Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2014c)

Con esta base se forma la **Microrred Distrital Integrada de Servicios de Salud** que cubren un Distrito y sus Circuitos correspondientes. En estas Microrredes los servicios que se articulan e integran son: Equipos de atención integral de salud

(EAIS), Centro de Salud de Servicio Itinerante (antes Puesto de Salud) si existen poblaciones dispersas de hasta 3500 habitantes y un número variable de centros de salud de diferente complejidad (A, B o C) según población.

En lugares donde se requiera, por condiciones de acceso efectivo por capacidad resolutiva y/o prestaciones de alta complejidad se conforma una Macrored, que se denomina así porque el ámbito funcional de relaciones entre establecimientos de salud supera a los límites territoriales de una Red Zonal (en estos momentos en las Zonas 9, 8 y 6)

Se delimita el ámbito territorial de cada establecimiento de salud mediante el listado de comunidades, parroquias, barrios del Circuito. Como resultado se obtendrá por cada microrred un mapa con la delimitación del ámbito de la microrred, su centro de salud de referencia (el de más alta complejidad), sus establecimientos de salud y sus comunidades, o parroquias o barrios asignados.

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

Los Hospitales de segundo nivel y tercer nivel cumplirán el criterio de ordenación de 2 camas por mil habitantes en los que se incluirá las camas para alta complejidad, de acuerdo a las necesidades y prioridades nacionales y territoriales.(Subsecretaria de Provisión de Servicios de Salud. 2012)

La referencia y contrarreferencia

El subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia de usuarias o usuarios forma parte del Sistema Nacional de Salud, y, es el conjunto ordenado de procesos asistenciales y administrativos, que contribuye a garantizar la continuidad de la atención de salud, con oportunidad, eficacia y eficiencia, enviándolos desde la comunidad o del establecimiento de salud de menor a mayor nivel de atención y complejidad y viceversa, es decir la devolución de la usuaria o usuario del mayor al menor nivel de atención y de complejidad, así como enviar usuarias o usuarios que requieren atención adicional, de apoyo diagnóstico (Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2013c).

Si se contabilizan las tasas de referencia, tanto desde consulta externa, por medio del procesamiento del Parte Diario, así como también por el procesamiento del formulario 053.

La calidad de las referencias se evalúa con los siguientes indicadores:

Porcentaje de referencias solicitadas: es la relación entre las referencias solicitadas por profesionales de la salud sobre el total de las consultas primera y subsecuente de morbilidad, multiplicada por 100. El valor aceptable es un rango entre 5-10%.

Porcentaje de cumplimiento de las referencias: es la relación entre el total de referencias cumplidas, dividido para el total de referencias solicitadas por los profesionales de la salud, multiplicado por 100. El valor aceptable es del 70%.

Porcentaje de la referencia cumplida efectiva: es la relación entre el total de referencias cumplidas efectivas, dividido para el total de referencias cumplidas, multiplicado por 100. La meta es del 100%.

Porcentaje de referencias justificadas (pertinentes); es la relación entre el total de referencias cumplidas efectivas justificadas dividido para el total de contrareferencias. Meta debe ser mayor del 90%.

Porcentaje de contrareferencias: es la relación entre el total de contrareferencias dividido para el total de referencias cumplidas efectivas multiplicado por 100. Meta debe ser superior al 90%.

Porcentaje de contrareferencias bien llenadas: es la relación entre el total de contrareferencias bien llenadas dividido para el total de contrareferencias multiplicado por 100. Meta es del 100%.

Porcentaje de Ausentismos: es la relación entre el total de contrareferencias cumplidas dividido para el total de referencias cumplidas multiplicado por 100. Meta es del 100%.

El proceso de derivación o referencia para atención especializada se inicia con el registro de los datos de la usuaria o usuario en la historia clínica, que permitan justificar el proceso de referencia o derivación. Los profesionales de salud que realizan la referencia o la derivación deben informar a la usuaria o usuario y familiares el motivo e importancia de la referencia/ derivación, establecer el nivel de atención o nivel de complejidad al que realiza la referencia utilizando los criterios de capacidad resolutiva, accesibilidad y oportunidad, incluyendo los casos de emergencia y coordinar con el servicio de admisión del establecimiento a referir o a derivar para agendar la cita.

En el caso de ser una emergencia, el profesional de salud comunicará al establecimiento de referencia o derivación para brindar toda la información pertinente de la usuaria o usuario garantizando su atención inmediata. Si el nivel receptor correspondiente no dispone de espacio físico para la recepción definitiva del usuario, debe recibir y estabilizar a la usuaria o usuario, para posteriormente canalizarlo a otro establecimiento de salud correspondiente. El personal del establecimiento de salud que agendó la cita no puede rechazar las referencias o derivaciones establecidas.

El establecimiento de salud receptor atenderá únicamente las referencias o derivaciones solicitadas desde el nivel inferior o del mismo nivel de atención; bajo ningún concepto la usuaria o usuario podrá acudir al establecimiento de salud de referencia o derivación correspondiente sin tener agendada la cita con hora, fecha y especialidad a la que fue referido o derivado; salvo los casos de emergencias.

La Contrareferencia es el procedimiento obligatorio por el cual, un usuario o usuaria que inicialmente fue referido/derivado es retornado luego de haber

recibido la atención con la información pertinente al establecimiento de salud de menor nivel de atención correspondiente, para garantizar la continuidad y complementariedad de su atención.

El profesional de salud de los Establecimientos de mayor nivel de atención, una vez proporcionado el servicio, obligatoriamente tiene que realizar la contrareferencia al establecimiento de origen, informando al usuario o su familia sobre su condición de salud actual y la importancia de retornar al establecimiento de salud de origen para la continuidad del tratamiento, seguimiento y control. El profesional de salud llena el formulario de contrareferencia Nº 053, una copia envía con el usuario o usuaria al establecimiento de salud correspondiente.

Regulación Asistencial

Se atiende a todas las personas, incluyendo a aquellas con enfermedades crónicas, como la diabetes, hipertensión, degenerativas; con el enfoque de APS, es decir, con promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos.

Uno de los objetivos del agendamiento de turnos programados es que se disponga de un tiempo protegido para ofrecer un cuidado integral a la persona que consulta. Esta modalidad de organización del acceso que resulta necesaria para el cuidado de personas con enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes, asma, y otros padecimientos crónicos, son situaciones de consulta que requieren tiempos definidos, y usualmente más prolongados que una consulta de urgencia/emergencia o de demanda espontánea; así como para los controles preventivos como los prenatales.

El programa de Salud Preventiva del Adulto, implementado desde 2009, ha instaurado normas, protocolos y la entrega de medicación gratuita para las enfermedades crónicas no transmisibles e infecciosas, como el sida y la tuberculosis (MSP, 2010).

Con respecto a la atención a grupos vulnerables priorizados; desde el año 2011 se implementa la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes, ENIPLA, con los ejes estratégicos de servicios integrales y estrategias de comunicación para modificación de patrones culturales. Además, se cuenta con el proyecto Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos (DAIA) y el Plan Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, el Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal y el Plan Nacional de Erradicación de Violencia de Género. El abordaje de salud sexual y reproductiva se ha ampliado: se han integrado diferentes componentes, como salud sexual, inclusión de hombres y diversidades sexuales y se han incluido otras problemáticas de salud, como infecciones de transmisión sexual, el cáncer de mama y cervico-uterino y el aborto. Así, se supera el tema reproductivo y se transita hacia el abordaje de la sexualidad de manera integral. El sistema de salud ha respondido mediante la capacitación y la generación de espacios para la atención integral a adolescentes, la atención del parto humanizado e intercultural, el acceso a métodos anticonceptivos modernos y gratuitos, y

campañas educativas. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2013b) De forma complementaria, los EAIS tienen la misión de ofrecer servicios integrales a grupos específicos como personas privadas de libertad, trabajadores de fábricas y otros. Por ejemplo, el gobierno otorga una subvención económica a los cuidadores de personas con discapacidad y los equipos de salud son encargados de evaluar la eficacia de estos cuidados.

Continuidad de la información

Una función del equipo de salud de APS es la síntesis de la información entendida como el registro y manejo de la información necesaria los individuos, familia y comunidad respecto a sus necesidades y problemas de salud, para su tratamiento o atención; así como transferir esta información al nivel correspondiente.

La información del usuario y de su familia debe permanecer en las unidades de primer nivel en la Historia Clínica Única y la Ficha Familiar reuniendo todas las variables necesarias y suficientes que sirvan para su tratamiento y seguimiento personal así como para alimentar los distintos programas, sistemas y subsistemas.

Cuando un paciente circula entre diferentes niveles, la información básica que concierne al motivo de su tránsito se consigna en los formularios de referencia y contra referencias (hoja 053), sin embargo, no necesariamente está disponible la información sobre condiciones de salud previas y otros determinantes individuales. No existen sistemas informatizados que permitan al equipo de un establecimiento distinto al de pertenencia del individuo acceder a su información completa.

La ficha familiar instrumento esencial del MAIS-FCI que permite vigilar el estado de salud de la población sus necesidades y desarrollar las mejores políticas de salud para garantizar la prestación de servicios sanitarios. Tiene dos objetivos fundamentales: Medir de las condiciones de vida y medir los determinantes sociales de salud.

Dentro de la Micro-red distrital se han implementado iniciativas de diálogo clínico entre la atención primaria y la especializada. De acuerdo a la organización de cada red, los especialistas de los centros de mayor complejidad pueden encontrarse con los médicos familiares de su red. Todavía no se ha integrado al personal de los hospitales a este proceso.

Se espera que las filas y los tiempos de espera para acceder a la atención se hayan reducido desde la implementación del sistema de agendamiento de citas, sin embargo, no existe un monitoreo regular de los mismos. Cuando el equipo de gestión del establecimiento de mayor complejidad (usualmente hospitales de tercer nivel) considera que la necesidad de procedimientos de diagnóstico o tratamiento está exhibiendo su capacidad, con frecuencia recurre a la referencia a establecimientos privados de la red complementaria.

DIMENSIÓN 7 – FUERZA DE TRABAJO EN APS

Composición de los equipos de APS

Históricamente, el sistema ecuatoriano de salud tuvo un déficit marcado en personal para la APS. Como parte del plan de emergencia en salud, el Ministerio de Salud, a través de la Subsecretaria de Extensión de Protección Social en Salud realizó la contratación extraordinaria para establecimientos de primer nivel, de más de 7000 médicos familiares, pediatras, gineco-obstetras; tecnólogos médicos en laboratorio y rayos X, trabajadoras sociales, psicólogos clínico y nutricionistas en 2008. Se asignaron nuevos recursos humanos a 517 unidades de salud de primer nivel ubicadas en parroquias con calificación de quintiles 1 y 2 de pobreza.(Sacoto 2010)

Al mismo tiempo se estableció una definición operativa del equipo básico de salud (EBAS) que a partir de entonces está conformado por un Médico Familiar y Comunitario o médico general capacitado; una Enfermera, un odontólogo/a, un auxiliar enfermería y una Obstetríz, un promotor comunitario (tecnólogo en atención primaria desde 2011) y se definieron rangos de población de 1 EBAS por cada 1.000 familias a nivel urbano y 600 familias a nivel rural.

También se encargó el reforzamiento de personal administrativo para la gestión del Área de Salud con Coordinador de Área, Epidemiólogo, Contador, Pagador, Guardalmacén, dependiendo del análisis de existencias. Se reforzaron algunos Hospitales Provinciales con médicos de especialidades médicas críticas.

En cuanto a política salarial, se plantearon remuneraciones competitivas para personal de atención básica - para valorizar su trabajo - en función del tiempo de contratación y sitio de labores, considerando en todo caso las disposiciones de la Ley Orgánica de Servicio Civil y Carrera Administrativa(LOSCCA) sobre remuneración mensual unificada por clase de puesto, indistintamente de condiciones diferenciales.

En 2013 existían 67.350 funcionarios en el sistema público. 12.335 en el primer nivel, 18% del total con un déficit calculado en 9.920 personas.

El inventario de recursos humanos en ese año era de:

1. Médicos generales : 4.532
2. Médicos de Medicina Familiar: 112 déficit calculado: 5.269
3. Ginecólogos: 112 déficit calculado: 34
4. Pediatras: 134
5. Odontólogos: 1.700
6. Enfermeras: 2.900
7. Obstetrices: 880
8. Psicólogos: 115

Como se observa en la tabla 3, existen 26.539 Médicos, con una Tasa de 17,10

por 10.000 habitantes; 3.870 Odontólogos (2,49); 14.071 Enfermeras (9,07); 2.239, Obstetrices (1,44) y 17.648 Auxiliares de Enfermería (11,37) en todo el sistema.

Como se observa en la Tabla 5, todavía el personal del sistema ecuatoriano de salud se encuentra concentrado en los hospitales, 89,303 personas contra 29,333 en APS, lo que es aún más evidente para los Médicos Especialistas (17,666 contra 1,905). El nuevo modelo no contempla la existencia de médicos especialistas, otros que los de medicina familiar y comunitaria, en el primer nivel de atención. Sin embargo, muchos centros de tipo B y C cuentan con ginecólogos y pediatras, además de una variedad de otras especialidades clínicas e inclusive quirúrgicas que se fueron desarrollando de acuerdo a necesidad y circunstancias particulares.

Tabla 5: Personal que trabaja en establecimientos de salud, por clase de establecimientos. Ecuador, 2012

Personal	Total Personal	Total Establecimientos con internación	Total APS	Establecimientos sin internación				
				Centro de Salud	Subcentro de Salud	Puesto de Salud	Dispensario Médico	Otros 2/
Total	**118,636**	**89,303**	**29,333**	**10,285**	**10,909**	**978**	**5,580**	**1,581**
Médicos Especialistas	19,571	17,666	1,905	1,146	104	-	358	297
Médicos Generales	6,968	2,630	4,338	1,149	1,336	103	1,602	148
Médicos Postgradistas	840	840	-	-	-	-	-	-
Médicos Residentes	4,220	4,220	-	-	-	-	-	-
Médicos Rurales	2,542	486	2,056	343	1,478	233	2	-
Odontólogos Especialistas	227	171	56	20	7	3	24	2
Odontólogos Generales	2,720	486	2,234	516	1,070	123	443	82
Odontólogos Rurales	923	94	829	79	648	88	10	4
Bioquímocos y Químicos Farmacéuticos	1,077	836	241	153	19	-	44	25
Obsterices	2,239	988	1,251	353	816	-	39	43
Enfermeras	14,071	10,777	3,294	1,012	1,753	207	290	32
Trabajadoras Sociales	716	491	225	101	14	1	88	21
Lincenciados y/o Tecnólogos	5,962	4,680	1,282	647	182	1	287	165
Otros Profesionales 3/	1,467	929	538	204	100	3	174	57
Auxiliares de Enfermería	17,648	14,178	3,470	792	996	186	1,299	197

Personal	Total Personal	Total Establecimientos con internación	Total APS	Establecimientos sin internación				
				Centro de Salud	Subcentro de Salud	Puesto de Salud	Dispensario Médico	Otros 2/
Auxiliares de Servicio Técnico 4/	3,805	2,516	1,289	587	457	-	191	54
Estadística y Registros Médicos	2,485	1,423	1,062	527	463	-	47	25
Administrativos	11,044	8,705	2,339	1,427	327	-	323	262
Personal Sanitario de Apoyo 5/	1,240	326	914	356	517	30	9	2
De servicio	18,871	16,861	2,010	873	622	-	350	165

Fuente: Anuario de recursos y actividades de salud 2012

Formación para la APS

El sistema de formación de recursos humanos estaba históricamente gestionado por el Consejo Nacional de Educación Superior), Consejo Nacional de Educación de Acreditación, ambos con fuerte influencia de la Asociación de Facultades de Medicina y Ciencias del Ecuador. Actualmente, la Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación es el ente regulador, el MSP dicta la política desde su Dirección de Normalización del Talento Humano y el Consejo de Educación Superior, planifica y coordinar el sistema. El Consejo de Evaluación, Acreditación y Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior que tiene por misión el aseguramiento de la calidad de la educación superior, a través de los procesos de evaluación, acreditación y categorización

Es evidente que la APS se encuentra todavía a cargo de los Médicos Generales (4,338 en la tabla 5), sin embargo por exigencia del nuevo modelo de atención, el ministerio ha iniciado un programa de **becas en Medicina Familiar y Comunitaria**, mediante un convenio entre el MSP y 8 universidades con quienes se construyó una malla curricular en consenso, que pretende formar 5000 especialistas hasta el año 2017.

Mediante este programa, los médicos generales (usualmente que ya están trabajando en establecimientos del primer nivel) acceden a un programa de formación que, en coordinación con ocho universidades públicas, se desarrolla en el propio lugar de trabajo, con rotaciones a otros sitios, durante tres años, el profesional renuncia a su puesto y firma una carta compromiso de volver a "devengar" (compensar con trabajo) la beca en ese mismo o en otro lugar que sea requerido con mayor necesidad. Los especialistas de la red fungen como docentes asistenciales, además de la participación de docentes universitarios con clases un la universidad. Después de los tres años de estudio, el especialista es contratado, obligatoriamente, por otros tres años en el sistema (idealmente en la misma red donde se formó).

El gobierno también ha implementado el programa "Ecuador Saludable, vuelvo por ti", de repatriación de profesionales, que ofrece transporte, gastos de colocación y contrato de trabajo a médicos residentes en otros países que decidan retornar a Ecuador. Hasta 2013, 600 profesionales se habían repatriado. Este contingente, junto a los aproximadamente 2500 médicos que se forman en la Escuela Latinoamericana de Medicina de Cuba debería cubrir la brecha de especialistas familiares y comunitarios.

Otra figura novedosa del equipo de salud es el **Tecnólogo en Atención Primaria de Salud (TAPS)** que debe hacer parte de todos los equipos de atención integral. Se prevé implementar al menos 5000 equipos y solamente existen 2000 TAPS (formados (aun no acreditados) con base en su experiencia y educación previa) en el país. Aunque esta en los planes, se ha iniciado la formación intensiva de este técnico. La también prevista formación de enfermeras familiares y comunitarias tampoco se ha iniciado.

Contratos de trabajo en APS

En 2013 hasta el 80% de los profesionales que trabajaban en APS era subsidiario de contratos eventuales directos del Ministerio de Salud Pública, tanto del programa de emergencia sanitaria (50%) como de ex becarios y médicos en servicio rural obligatorio; sin embargo todo este personal goza de estabilidad laboral. Se prevé la incorporación como personal a regular (a cargo de las administraciones zonales) de todo este contingente hasta 2017.

Todo el personal de salud es remunerado en base a salarios fijos. Históricamente los salarios en la seguridad social eran más altos que en el sistema público, a partir de la instauración del contrato por ocho horas diarias para profesionales (Ministerio de relaciones laborales 2014), la remuneración se homogeneizó sobre el estándar superior. Se otorga además un bono territorial a los profesionales que trabajan en zonas consideradas de difícil acceso. Se privilegia a los profesionales de zonas remotas y deprimidas en la otorgación de becas para la especialización en medicina familiar y comunitaria.

DIMENSIÓN 8 – PARTICIPACIÓN SOCIAL Y ACTIVIDADES INTERSECTORIALES

Participación social

Uno de los principios del modelo de atención integral es ser Participativo "Generando mecanismos que contribuyan a la participación activa de las personas y los colectivos en la toma de decisiones sobre las prioridades de intervención, la asignación y el uso de los recursos, y en la generación de una cultura de corresponsabilidad y auto cuidado."

El modelo considera a las personas como sujetos de derecho, que tienen la misión de construir sus organizaciones representativas para conocer, acordar, ejecutar y evaluar conjuntamente con los equipos de salud las intervenciones del modelo de atención. La organización local se constituye en la contraparte de veeduría del ejercicio del derecho a la salud y el funcionamiento de la red de servicios.

Una de las funciones del sistema debe ser generar espacios democráticos deliberativos y asociativos de poder ciudadano para generar procesos de trasformación en el ámbito de la salud y la calidad de vida. El MAIS-FCI se orienta a generar condiciones y mecanismos que contribuyan a que las personas y las organizaciones sociales locales tengan el control sobre los determinantes sanitarios, además de la responsabilidad de los Gobiernos autónomos descentralizados, a través de procesos de información, educación permanente y activa participación, facilitando el pleno ejercicio de sus derechos y responsabilidades en salud.

No existen instancias estandarizadas para la participación de la comunidad ni definiciones sectoriales de interlocutores comunitarios. En general, se invita a los representantes naturales de la comunidad a participar en ejercicios de planificación como ser los Diagnósticos Dinámicos, la identificación de centros centinelas para la aplicación de medidas epidemiológicas por la elaboración de planes de intervención intersectorial o interinstitucional.

Otro espacio de participación es la aplicación de herramientas de Epidemiología Comunitaria - como las asambleas para la recolección y análisis de historias de vida, mapas de riesgo y planes de intervención y de planes educativos para el seguimiento de los pacientes en riesgo.

Finalmente, está estatuido de la comunidad debe ser parte activa en la toma de decisiones sobre la asignación y el uso de los recursos, en la definición de las prioridades y en la garantía de la rendición de cuentas, pero no se cuentan con mecanismos ni instancias definidas para este propósito. La excepción es la de los Comités de Usuarios de la Ley de Maternidad Gratuita, que han cumplido históricamente el rol de "contraloría social" y son muy fuertes en algunos cantones.

La norma de participación comunitaria en la gestión pública establece las siguientes instancias y sus funciones:

1. Consejos Cantonales para la Protección de Derechos: formulación,

transverzalización, observancia, seguimiento y evaluación de políticas públicas municipales.

2. Consejo Ciudadano Sectorial de Salud: consulta en la formulación e implementación de las políticas públicas, agendas, monitoreo de presupuesto, seguimiento y evaluación, debates públicos, coordinación intersectorial.

Comité Local de Salud (CLS) debe ser un espacio ciudadano de deliberación, concertación, toma de decisiones y control social cuyo objetivo es gestionar la salud a partir de las necesidades sanitarias de la población local; de tal forma que se fortalezca el ejercicio de la ciudadanía hacia la garantía del derecho a la salud y a la participación. Sus funciones son la definición de políticas, programas y proyectos y control social.

Cada Unidad Operativa de salud de primer nivel debe contar con un Comité Local de Salud. Los EAIS son el responsable de generar una gestión de salud participativa.

1. La conformación de cada comité debe seguir los siguientes principios:
2. Autonomía;
3. Alternabilidad;
4. Paridad de género y generacional; y
5. Representatividad.

Sin embargo, puesto que la organización de la comunidad responde a sus propios intereses, mecanismos y prioridades y dado que los equipos de salud asumen la función de fomento de esta organización desde hace poco tiempo, su desarrollo es variable e incipiente. En dos de los establecimientos visitados existían comités de usuarios que participaban tanto en procesos de planificación como, sobre todo, en apoyo operativo a los equipos de los establecimientos para la organización de su actividad extramural.

El Seguro Social Campesino tiene la experiencia histórica más larga en la participación efectiva de las comunidades en la planificación y el control de los servicios, gracias a que impulsa activamente la organización comunitaria con el propósito formal de recaudar la contribución de las familias. Esta organización, empoderada por su contribución financiera (cuantitativamente marginal pero simbólicamente muy importante), ha permitido que los usuarios y los equipos de atención adquieran una cultura de toma de decisión conjunta y negociada.

Actividades intersectoriales

El Ministerio Coordinador de Desarrollo Social es el encargado de la coordinación intersectorial con los ministerios sectoriales de deporte, vivienda, educación, ambiente, movilidad humana y salud.

Por su parte, la secretaría de planificación del desarrollo (SENPLADES) lideró el diseño de la nueva división administrativa del país en zonas - que intenta conformar unidades internamente heterogéneas pero “equipotentes” entre sí, uniendo en cada zona provincias de las 3 regiones geográficas y de diferente grado de desarrollo – y en distritos, unidades de gestión con base territorial y poblacional (100.000

a 300.000 habitantes). El Ministerio Coordinador del Desarrollo social (con salud a la cabeza, según los entrevistados) ha sido el ministerio que más avances ha conseguido en la implementación.

Intentando romper la sectorialidad, el modelo de promoción de la salud tiene como objetivo actuar sobre los Determinantes políticos, económicos, sociales, ambientales y culturales mediante la prestación de servicios de atención que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.

Algunas de las áreas más importantes en las que se realizan acciones intersectoriales son la Educación sanitaria - con el Ministerio de Educación en la conformación de Escuelas del Buen Vivir; Saneamiento básico y agua segura– con el ministerio de ambiente y la secretaría del agua (SENAGUA) y programas de concentración en salud ocupacional con el ministerio del trabajo y Riesgos Laborales del IESS (incipientes aun)

En el esfuerzo de eliminación de la pobreza se implementan programas de:

1. Protección social a adultos mayores, en forma de pensiones, entre seguridad social y pensión no contributiva(72% de cobertura en 2013)
2. Pensión no contributiva a personas con discapacidad (cobertura mayor al 40%)
3. Bono de desarrollo humano a1,2 millones de hogares de bajos ingresos

Por otra parte, el ministerio de salud pública lidera acciones en las que participan otros sectores:

1. Campañas nacionales de Inmunizaciones, con el Ministerio de Educación, Fuerzas Armadas, gobiernos provinciales y cantonales
2. Provisión de alimentos y nutrición adecuada, con los Ministerios de Agricultura y de Inclusión económica y social para desarrollar programas de seguridad y soberanía alimentaria. La implementación de parcelas agroecológicas en escuelas, junto al ministerio de educación.

Finalmente, se llevan a cabo acciones locales para prevenir y combatir el consumo de tabaco, alcohol, sustancias estupefacientes y psicotrópicas, con énfasis en las mujeres en periodo de gestación, niñas, niños y adolescentes y para evitar el consumo de alimentos contaminados y la exposición a agroquímicos u otras sustancias toxicas.

En el nivel local, los equipos se relacionan con otros sectores para actividades puntuales, como parte de su actividad extramural. Las campañas de salud escolar (con atención médica y odontológica) son el ejemplo más frecuente. En general (el caso de los establecimientos visitados), parece no haber coordinación estrecha de los equipos de APS con los gobiernos locales ni con sus instancias de otros sectores.

Aunque durante la aplicación de la ficha familiar, de cobertura aún muy variable (80% de las familias en Cotacachi y menos del 10% en Cotocollao), se identifican problemas de la comunidad, no se conocieron ejemplos de proyectos de intervención comunitaria con participación de los equipos de APS. La ficha familiar está en proceso de compatibilizarse con el instrumento llamado Registro Social que se empieza a implementarse por parte del Ministerio Coordinador de Desarrollo Social para documentar las condiciones generales de vida de la población.

DIMENSIÓN 9 – INTERCULTURALIDAD

Salud intercultural

La **Dirección Nacional de Interculturalidad** del Ministerio de Salud Pública tiene la misión de definir y asegurar la implementación de políticas, derechos interculturales de salud, planes, programas y demás herramientas que garanticen la articulación y complementariedad de los conocimientos, saberes y prácticas ancestrales y alternativas de salud en los diferentes niveles de gestión y atención integral.

Las funciones de la Dirección Nacional de Interculturalidad son:

1. Propiciar las condiciones necesarias para la inclusión y adaptación progresiva de las cosmovisiones, los conocimientos y los saberes ancestrales de las diversas culturas en la provisión de servicios primarios de salud, con enfoque preventivo y curativo y con énfasis en servicios materno-infantiles.
2. Generar e implementar programas de sensibilización sobre interculturalidad y salud, dirigidos sobre todo a los profesionales del ramo.
3. Promover la incorporación del enfoque de interculturalidad en la formación y capacitación del talento humano de salud, promoviendo el conocimiento, la valoración y el respeto de los saberes.
4. Generar mecanismos para la incorporación progresiva de los agentes tradicionales y ancestrales en el sistema integrado de salud pública.
5. Propiciar espacios participativos, incluyentes y paritarios de las comunidades, los pueblos y las nacionalidades en la construcción, la ejecución, el control y la evaluación de los servicios de salud con pertinencia territorial.

En 2012 y 2013, se han implementado servicios de medicina ancestral o medicinas alternativas en unidades operativas de ocho ciudades. No se tiene aún una evaluación del resultado de estos servicios. Existen aún criterios disímiles entre las autoridades del sector sobre la pertinencia de institucionalizar a médicos ancestrales, por el peligro de que pierdan su íntima integración y pertenencia a la comunidad.

La incorporación de dispositivos para la atención vertical del parto es generalizada en los centros de salud que cuentan con este servicio.

La política de concentración materno-infantil de los servicios públicos había intentado incorporar, como agentes comunitarios, a parteras tradicionales en los equipos de salud, por ejemplo mediante la capacitación en la estrategia de cuidados obstétricos y neonatales de emergencia (CONE). Organizaciones de estas obstetras ancestrales (parteras) persisten en diversas regiones del país, sobre todo en la zona andina (por ejemplo en Otavalo), pero su relación con los equipos de APS enfrenta dificultades emanadas del hecho de que ya no cuentan con recursos económicos para apoyar su actividad.

Se ha realizado un primer registro de yachaks (médicos ancestrales) legitimados, aún con resultados poco claros.

La experiencia de JAMBI HUASI (Casa de Salud)

En 1984 se inició un Movimiento Indígena con reivindicaciones por la tierra, la identidad y la salud ante la explosión y pobre acceso de las poblaciones indígenas a servicios sociales básicos por barreras económicas, sociales y, sobre todo, culturales. El Movimiento cultural JAMBI HUASI pretendió inicialmente organizar servicios de salud gratuitos de indígenas para indígenas.

Desde 1994, bajo convenio con organizaciones de cooperación internacional (UNFPA y varias ONGs norteamericanas y europeas) evolucionó a un servicio de salud intercultural con énfasis en la atención de salud sexual y reproductiva y promoción de la salud. Tenía como estrategias la Educación, Investigación y Autogestión.

Actualmente, la fundación JAMBI HUASI gestiona un centro de atención integral (clínica) intercultural en salud en la ciudad de Otavalo. El establecimiento integra servicios de atención en medicina occidental y medicina ancestral andina.

Los objetivos de la clínica son:

1. Brindar atención de salud considerando la situación sociocultural y cosmovisión de la población de la provincia de Imbabura (mayoritariamente kichwa, pero también afro descendiente y de otras nacionalidades).
2. Institucionalizar la integración entre la medicina indígena y la occidental.
3. Desarrollar proyectos y programas de salud y educación indígena
4. Revalorizar la medicina indígena y el rol de sus Jambigkunas (agentes de salud).
5. Documentar las experiencias con fines de investigación y difusión.

Los principios que guían la iniciativa son:

1. Solidaridad
2. Reciprocidad
3. Integralidad
4. Respeto
5. Complementariedad

El Ministerio de Salud Pública apoya al establecimiento con un médico (en servicio rural obligatorio), un odontólogo, una enfermera y una obstetra. La fundación tiene, además, como personal de planta un Yachak (médico Sabio), una Jakuk (Fregadora, fisioterapeuta tradicional andina), un Kuyfichay (Limpiador con cuy) y una Pakarichik mama (Partera).

Todo el personal debe poder comunicarse tanto en español como en kichwa y estar imbuido de los principios de respeto y complementariedad entre las culturas médicas occidental y andina. Esto implica un esfuerzo continuo por parte de la dirección del establecimiento para sensibilizar y formar al personal asignado por el ministerio, pues éste rota anualmente.

Un estudio realizado en 2009 encontró que la demanda de servicios por pertenencia étnica de los usuarios era como sigue:

Servicio	Etnìa			TOTAL
	KICHWA	MESTIZO	AFRO	
YACHAK	49	112	2	163
PAKARICHKMAMA	50	49	0	99
JAKUG	54	47	2	103
TOTAL	153	208	4	365

… lo que muestra la diversidad cultural de la población que acepta y demanda servicios de medicina ancestral kichwa.

El modelo de atención integral en salud de Ecuador pone especial énfasis en el enfoque intercultural de la salud, para el que la experiencia de JAMBI HUASI es muy importante.

DIMENSIÓN 10 – GESTIÓN DE LA APS

Sistemas de información en APS

El Sistema Único Integral e Integrado de Información y Telecomunicaciones es una de las herramientas básicas para la gestión e implementación del MAIS-FCI y se encuentra en etapa de implementación. Recoge y procesa información sobre la producción de los establecimientos de salud, información epidemiológica y la gestión de la red pública de salud, pero aun con cobertura parcial de muchos de sus instrumentos y generando solamente reportes had oc.

Todos los establecimientos de la Red Pública y Complementaria de salud deben implementar el Sistema Único de Registro con sus diferentes subsistemas:

1. Sistema de Atención Individual a Usuarios (citas, triage, historia clínica única electrónica y ficha familiar, referencia-contrareferencias, farmacia-receta electrónica, laboratorio e Imagenología, estadística) para la atención ambulatoria y hospitalaria;
2. Sistema de gestión administrativa (información de los diferentes sistemas de gestión y planificación).
3. Sistema epidemiológico de notificación y alertas.

Este Sistema formará parte del Sistema Nacional de Información, que estará regentado por la SENPLADES.

Monitoreo de la calidad en APS

Tanto la red pública e integral de salud, como la complementaria deben implementar el sistema de control de garantía de la calidad que incluye:

1. Registro de profesionales a través de un proceso de certificación y recertificación.
2. Auditoría Integral en Salud.
3. Procesos de licenciamiento, certificación, acreditación de las unidades de la red pública e integrada.
4. Control de calidad de insumos y productos farmacéuticos.
5. Ciclos de Mejoramiento Continuo de la Calidad
6. Sistema de fármaco vigilancia

Al momento toda esta normativa se aplica de forma completa solamente para la atención materna e infantil, pero se ha iniciado el proceso para dotar a las direcciones zonales y distritales de las capacidades e instrumentos para realizar el control de calidad de los servicios integrales de salud en su conjunto.

la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria -ARCSA es el organismo técnico encargado de la regulación, control técnico y vigilancia sanitaria de alimentos procesados, aditivos alimentarios, medicamentos en general, productos biológicos, naturales procesados de uso medicinal, medicamentos homeopáticos y productos dentales; dispositivos médicos, reactivos bioquímicos y de diagnóstico, productos higiénicos, plaguicidas para uso doméstico e industrial; así como de los establecimientos de salud.

COMENTARIOS FINALES

Ecuador ha realizado una fuerte y explícita apuesta por la atención primaria integral en salud como la base de su política sanitaria y la organización de su sistema de salud. Acciones como la implantación de la completa gratuidad para el paciente en el punto de atención y el acceso universal a los servicios dentro el sistema público, la seguridad social y los servicios privados sin fines de lucro que componen su Red Complementaria, son importantes avances en el cumplimiento de la garantía constitucional del derecho universal a la salud.

La inveterada segmentación de su sistema se ha disminuido considerablemente, en cuanto a la provisión de servicios, aunque quedan asuntos por resolver en cuanto a la equidad en el acceso real de algunas poblaciones marginadas y grupos especiales. La segmentación en cuanto al financiamiento, la gestión y la infraestructura y, sobre todo, la fragmentación del sistema, podrían haberse profundizado con la superposición de las nuevas iniciativas con la estructura, aún vigente, del estado previo a la constitución de 2008. Éstos son con gran probabilidad, algunos de los mayores desafíos del sistema.

El ideario, plasmado en la constitución política del Estado, la política de salud y los cambios en el diseño de la estructura del sistema son todavía muy recientes, por lo que no sería justo ni eficaz intentar emitir juicios sobre sus resultados y, menos aún, sobre su impacto.

Acciones como la masiva formación de recursos humanos para la atención primaria, la reestructuración de las redes y la inversión económica en los servicios de primer contacto son avances tangibles en la dirección deseada. La materialización del enfoque intercultural de los servicios, la articulación de la atención primaria con los niveles de referencia, la acción concreta en los componentes familiar y comunitario del modelo y la implementación efectiva de la participación comunitaria en la gestión del sistema; son componentes menos evidenciables en su concreción.

La constatación es que el estado ecuatoriano tiene claro su derrotero en salud y también tiene un camino diseñado para alcanzarlo; pero éste, aunque transitable en muchos tramos, está aún en construcción.

INDICADORES SELECCIONADOS – ECUADOR

Año	2000	2005	2010	2012
Demográficos (1)				
Población	12.533.087	13.777.131	15.001.072	15.492.264
Proporción de población urbana	63,61	64,26	64,91	66,21
Población menor de 14 años de edad	3.265.496	3.230.134	3.195.756	3.128.696
Proporción de población de 65 años y más de edad	5,63	5,73	5,84	6,06
Tasa de fecundidad	3,18	2,85	2,46	2,38
Esperanza de vida al nacer: total (país y regiones)	71,06	74,62	75,6	76,2
Esperanza de vida al nacer: hombres (país y regiones)	68,26	71,3	72	73
Esperanza de vida al nacer: mujeres (país y regiones)	73,99	77,2	78	79
Tasa de alfabetización (población de 15 años y más de edad)	90	91	92	
Socioeconómicos (2)				
PIB per capita en dólares ppp	2.745	1.858	3.659	
Índice de Desarrollo Humano para el país (3)	0,66	0,68	0,72	0,72
Razón de ingreso 20% superior/ 20% inferior	20,5	18,9	12,5	
Índice de Gini			0,49	
Gasto nacional público en salud como proporción del PBI	4,15	7,09	7,94	7,26
Proporción de la población con acceso sostenible a fuentes mejoradas de abastecimiento de agua potable **(1)**	0,84	0,87	0,91	0,92
Proporción de la población con acceso a servicios de saneamiento mejorados **(1)**	81,3	86,8	92	92,9
Mortalidad (1)				
Tasa de mortalidad infantil por mil nacidos vivos (calculo directo)	18,2	15,8	13,7	13,4
Tasa de mortalidad neonatal por mil nacidos vivos (calculo directo)	11,3	10	8,9	8,7
Tasa de mortalidad de menores de 5 años (calculo directo)	26,7	20,4	14,8	
Razón de mortalidad materna (estimada) por 10.000 mil nacidos vivos (2011)	130	143	203	241
Cobertura (4) (5)				
Proporción de población menor de 1 año inmunizada con la tercera dosis de vacuna tetravalente (difteria, pertussis, tétanos y Hib) (2011)		0,94	0,99	0,99
Proporción de población gestante atendida por personal capacitado durante el embarazo	0,84			0,96
Proporción de partos atendidos por personal capacitado		0,80	0,89	0,87
Proporción de defunciones con causa de muerte mal definida e ignorada		0,51	0,4	0,38
Fuerza de Trabajo en Salud (4) (5)				
Razón de médicos por mil habitantes (público)	1,45	1,38	1,66	1,71

Año	2000	2005	2010	2012
Número y razón de médicos generalistas/con especialidad en medicina de familia y comunidad por mil habitantes				0,01
Razón de enfermeras(os) profesionales por mil habitantes para el país y regiones	0,05	0,56	0,77	0,83
Razón de odontólogos por mil habitantes para el país y regiones	0,16	0,17	0,24	0,27
Número y razón de promotores de salud/ agentes comunitarios de salud por mil habitantes				0,13
Capacidad instalada (4) (5)				
Número de unidades de atención primaria a salud (postas, centros de salud, unidades de salud familiar etc) y razón por 10 mil habitantes (público, ONG, privado)		2,31	2,16	2,15
Número y razón de consultas médicas por habitante /año			2,1	2,9

Fuentes:
(1) Instituto nacional de estadística y censos del Ecuador - Proyecciones de Población
(2) Sistema de indicadores del Banco Mundial (Banco Mundial 2014)
(3) PNUD Ecuador. (PNUD Ecuador. 2014)
(4) Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud. Anuarios de Estadísticas de Recursos y Actividades de Salud 2000, 2005, 2010 y 2012 INEC.
(5) Ministerio de salud pública del Ecuador - Datos esenciales de salud: Una mirada a la década 2000-2010

AGRADECIMIENTOS

Este estudio fue posible gracias a la generosa colaboración de todos los entrevistados. A todos ellos: gracias. Expreso también gratitud especialmente profunda al Dr. Xavier Maldonado y la Dra. Marcela Hidalgo por la organización de la agenda, el eficiente acompañamiento de toda la visita y su cálida amistad.

Lista de Entrevistados	
Ing. Jorge Carrillo	Coordinador General Administrativo Financiero del MSP
Dr. Andrés Cadena	Coordinación General Administrativa Financiera del MSP
Dr. Efraín Arguello	Centro De Salud Cotocollao
Dra. Basílica Tello	Centro De Salud Cotocollao
Ec. Santiago Rivera	Coordinador General De Planificación del MSP
Dr. Etzon Romo	Secretario Técnico del Ministerio Coordinador De Desarrollo Social (Mcds)
Ing. Gabriela Yépez	Coordinación General De Planificación Territorial
Dr. Fausto Dután	Director del Seguro Social Campesino
Dr. Dual Borges	Seguro Social Campesino
Dr. Iván Palacios	Director Nacional De Normatización del Talento Humano en Salud del MSP
Dra. Cristina Aldaz	Dirección Nacional De Normatización del Talento Humano en Salud del MSP
Dra. Marysol Ruilova	Viceministra de Atención Integral
Dra. Miriam Conejo	Directora Nacional De Interculturalidad del MSP
Dra. Zaida Betancourth	Subsecretaria Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad del MSP
Coronel. Pablo Naranjo	Dirección Nacional De Salud De La Policía Nacional
Dra. Norma Bernal	Instituto De Seguridad Social Policial
Dra. Nilda Villacrés	Subsecretaría De Gobernanza
Ing. José María Egas	Director del Seguro General de Salud Individual y Familiar del Instituto Ecuatoriano De Seguridad Social
Dr. Xavier Maldonado	Director Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud
Dra. María Augusta Molina	Directora Nacional de Políticas y Modelamiento del Sistema Nacional de Salud
Dra. Verónica Espinosa	Subsecretaria Nacional de Gobernanza
Personal de los hospitales Jambi Huasi, Otavalo e Ilumán	

Establecimientos de salud visitados
Hospital San Luis de Otavalo y su centro de salud “anidado”
Centro de salud Cotacachi
Casa de salud Jambi-Huasi
Centro de salud Cotocollao
Centro de salud San Juan de Iluman

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Banco Mundial. Indicadores económicos. http://datos.bancomundial.org/indicador . 2014.

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social - IESS 2013, Nuevo Modelo de Atención Primaria Integral de Salud y Vida (APISV) Con Enfoque Integrativo e Intercultural.

Instituto Nacional de Estadísiticas y Censos de Ecuador 2012, Anuario de recursos y actividades de salud.

Lucio, R., Villacres N., & Henriquez, R. 2011. Sistema de salud de Ecuador. salud pública de México, 53, s177-s187

Ministerio de relaciones laborales. Acuerdo ministerial 033. 2014.

Ministerio de Salud Pública. SALUD: LA BASE DEL BUEN VIVIR. 2013.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Acuerdo Ministerial No. 1203. 2012a.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Tarifario de prestaciones para el sistema nacional de salud . 2012b.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2013a, Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2013b, LINEAMIENTOS OPERATIVOS DEL MAIS.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Norma del subsistema de referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa, del sistema nacional de salud. 2013c.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Acuerdo Ministerial 1484. 2014a.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2014b, Lineamientos Operativos para implementar el MAIS y la RPIS.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. MANUAL OPERATIVO RED NACIONAL INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD RED PUBLICA INTEGRAL DE SALUD- RED PRIVADA COMPLEMENTARIA VERSION PRELIMINAR 1.3. 2014c.

Organización Panamericana de la Salud 2008, Perfi l de Sistema de Salud: Ecuador, monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma.

PNUD Ecuador. Informe de Desarrollo Humano. 2014.

Republica del Ecuador. Constitucion Politica de la Republica del Ecuador. Ciudad Alfaro . 2008.

Republica del Ecuador. Código Orgánico de Organización Territorial Autonomía y Descentralización. Registro Oficial Suplemento 303. 2010.

Republica del Ecuador. Acuerdo Ministerial del Ministerio de Relaciones Laborales. 2011a.

Republica del Ecuador. Ley de Seguridad Social. 2011b.

Republica del Ecuador. Ley Orgánica de Salud. 2011c.

Republica del Ecuador 2013, Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017.

Sacoto, F. 2010. La experiencia de contratación de equipos básicos de Atención de salud en Ecuador. FESALUD.Quito

Salgado, O. Caracterización de la Atención Primaria de Salud en Ecuador, In Presentación UNASUR, Bolivia, Santa Cruz.

Subsecretaria de Provisión de Servicios de Salud. Criterio de Planes funcionales. 2012.

Waters, H.R. 1999. Measuring the impact of health insurance with a correction for selection bias A case study of Ecuador. Health economics, 8, (5) 473-483

UNASUR

iSAGS

Instituto Suramericano de Gobierno en Salud

UNASUR

Unión de Naciones Suramericanas