



ORIGINAL

Modelo de atención integral de salud vs. calidad asistencial en el primer nivel, Riobamba 2014-2017



Carlos Gafas González*, Yosbanys Roque Herrera y Gonzalo Edmundo Bonilla Pulgar

Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Chimborazo (UNACH), Riobamba, Ecuador

Recibido el 7 de abril de 2016; aceptado el 29 de octubre de 2017

Disponible en Internet el 28 de marzo de 2018

PALABRAS CLAVE

Capacidad resolutoria;
Calidad de la atención en salud;
Modelo de atención integral de salud;
Programa de Medicina Familiar y Comunitaria

Resumen La búsqueda de la calidad sanitaria representa un desafío y una prioridad estratégica para la atención sanitaria en el nuevo milenio. La investigación que se presenta es de tipo evaluativo en sistemas y servicios de salud del primer nivel de atención de la provincia de Chimborazo, en el período comprendido entre enero de 2014 y diciembre de 2017, la cual consta de cuatro etapas. La primera, y de la que se muestran resultados, tiene el propósito de fundamentar teórica y metodológicamente la capacidad resolutoria y la calidad de la atención de las unidades operativas donde se forman los médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. El universo de estudio, en su primera fase, estuvo conformado por los documentos rectores que regulan el proceso asistencial de salud en el Ecuador y operativos de las 16 unidades donde laboran los 29 posgradistas, trabajándose con la totalidad de ambas poblaciones. Se identificaron las principales características de la atención de salud y se sistematizaron los análisis de la situación integral de salud de los centros incluidos en el estudio, lo que permitió contar con una fundamentación teórico-metodológica de la capacidad resolutoria y la calidad de la atención de los mismos. Los cambios experimentados en el modelo de atención del Sistema Nacional de Salud del Ecuador ameritan el completamiento del estudio en las tres etapas restantes, lo que contribuirá al perfeccionamiento de las redes integradas y constituirá un aporte al trabajo de la academia y del sector salud.

© 2018 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Response capacity;
Health care quality;
Model of comprehensive health care;
Program of Family and Community Medicine

Integral health care model vs. quality of care in Primary Health Care in Riobamba 2014-2017

Abstract The search for quality in Health Care is a challenge and a strategic priority in the new millennium. This study presents an evaluation of the systems and services in Primary Health Care of the Province of Chimborazo, in the period from January 2014 to December 2017, which consists of four stages. The first one, and from which the results are presented, is intended to theoretically and methodologically base the response capacity and quality of care from the operating units where medical specialists in Family and Community Medicine are trained.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cgafasg@gmail.com (C. Gafas González).

The universe of study, in its first phase consisted of the governing documents that regulate the health care process in Ecuador and the 16 operating units where 29 postgraduate doctors work, all working with both populations. The main characteristics of health care were identified, and comprehensive situational health analysis, of the centres included in the study were systematized. This was used to take into account their methodological and theoretical foundation of their response capacity and quality of care. The changes in the model of care of the National Health System Ecuador have required the completion of the study in the remaining three stages which will contribute to the improvement of integrated networks and provide input to the work of the academic and the health sector.

© 2018 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Más de tres décadas han transcurrido desde la reunión de Alma-Ata en 1979, donde se fijó la meta de salud para todos en el año 2000, y se establecieron los indicadores sanitarios mínimos a alcanzar por parte de los países firmantes, entre ellos el Ecuador. Lamentablemente el desarrollo político y social fue insuficiente; tal es así que al culminar el siglo XX los países de la región no alcanzaron las metas propuestas. En ese contexto surgió la necesidad de plantear reformas en el sector de la salud, fundamentalmente en los aspectos normativo y teórico, reconociéndose el carácter universal del derecho a la salud de toda la población, garantizar el acceso equitativo a los servicios, y mejorar la calidad de los mismos. Para ellos, en el año 1998 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) promulgó un conjunto de lineamientos metodológicos, los que de manera especial incluyeron, entre los actores principales de los mismos, a las instituciones sanitarias y a la población.

En el caso del Ecuador, el proceso de transformación hacia el alcance de mejoras en la calidad y cobertura de la atención de salud ha sido lento. Durante varios años se ha discutido sobre la necesidad de redefinir el rol del Estado en relación con la Salud; la reorganización del Sistema Nacional de Salud; la definición de un marco legal específico; la implementación de proyectos locales de sistemas, descentralizados en varios cantones, con algunos resultados importantes.

Entre los años 1997-1998, el Ministerio de Salud Pública (MSP) le propuso a la Asamblea Constitucional la articulación funcional de las instituciones del sector en pro de fortalecer al Sistema, lo cual fue aceptado, incluyéndose en la Carta Magna un artículo que dispone cómo debe organizarse y funcionar esta estrategia, lo cual fue pocos años más tarde ampliamente debatido en los denominados Congresos por la Salud y la Vida que en la primera década del nuevo siglo se constituyeron en una opción para el diálogo y discusión de propuestas, las que culminaron en un planteamiento colectivo a la Asamblea Constituyente de Montecristi, lo que contribuyó a la expedición de una nueva Constitución aprobada por la población ecuatoriana mediante consulta popular en el año 2008, donde se recogieron los planteamientos de diferentes sectores sociales facilitando así el

inicio de una nueva etapa en la consolidación de la reforma sanitaria en el país^{1,2}.

El tránsito evolutivo que de forma paulatina ha acontecido en la salud pública ecuatoriana ha permitido que, durante el presente período gubernamental, se implemente como parte de las políticas sanitarias un modelo de atención integral de salud familiar, comunitario e intercultural (MAIS-FCI), concebido como el conjunto de políticas, estrategias, lineamientos y herramientas que al complementarse plantean responder a las necesidades de salud del individuo, la familia y la comunidad; se sustenta en la Constitución de la República del Ecuador, el Plan Nacional para el Buen Vivir (PNBV), y la Agenda del Sector Social, pretendiendo convertirlo en vía para contribuir al alcance del bien colectivo, proveer servicios públicos de calidad y gestar el cambio de paradigma en Salud^{1,3-7}.

La provisión de servicios de salud y atención integral al individuo, la familia y la comunidad exige de cambios acordes con las estrategias sanitarias, en los que se comprendan los objetivos del sector en su relación con la política social, educacional y científico-tecnológica del país, tríada programática encaminada a crear las bases para un proyecto nacional más justo y equitativo con la vista puesta en el criterio del desarrollo de la sociedad, visualizando el cuidado a las personas sanas o enfermas como un eje estratégico para el desarrollo de la nación.

La instrumentación de la gratuidad progresiva en los servicios de salud⁵, acompañada de un incremento en el presupuesto estatal al sector, constituye otro exponente del conjunto de actividades en proyecto y/o implementadas por el Gobierno para fomentar el alcance de un mejor estado de salud de la población. Este principio constituye un componente estratégico del MAIS-FCI, el cual contribuye al incremento de la resolutivez del Sistema de Salud; cualidad dirigida a dar respuesta a uno de los lineamientos mediante la puesta en marcha del proceso de referencia y contrarreferencia⁸, el que pretende disminuir la saturación en los hospitales básicos y generales con atenciones que pueden resolverse en los centros de salud del primer nivel, ya que hasta el 80% de las enfermedades por las que acuden los pacientes al Sistema Nacional de Salud se plantea que deben ser resueltas en este nivel de atención⁴.

El MAIS-FCI³, desde su concepción teórica hasta su implementación práctica, ha requerido de un seguimiento sistemático a nivel local que garantice el cumplimiento de sus lineamientos. En la actualidad, una de las maneras de concebir la monitorización de las organizaciones es mediante el desarrollo de investigaciones de tipo valorativo, sujetas a las premisas del método científico⁹, que desde una perspectiva más amplia le concedan a la evaluación el sustento teórico-metodológico para emitir juicios de valor en cuanto a la correcta realización de los procesos laborales, con el propósito de contrastar los elementos que favorecen u obstaculizan su cumplimiento; y en consecuencia, proporcionar aquellos que apoyen la corrección de las desviaciones y el fortalecimiento de los logros.

Estudios encaminados a determinar la capacidad resolutiva en un nivel de atención o servicio utilizan frecuentemente datos que vinculan la cantidad de servicios, atenciones o derivaciones efectuadas con respecto al total de casos tratados o resueltos. En el primer nivel de atención, la existencia de un componente interdisciplinario y de coordinación horizontal genera un marco peculiar de análisis para la obtención de datos que permitan aproximarse con objetividad a su real resolutividad. Así, en la Atención Primaria de Salud, la capacidad resolutiva ha sido abordada en varios estudios, sobre todo en países con modelos sustentados en la Medicina Familiar y con un fuerte componente de prestación ubicado en el primer nivel¹⁰.

Ecuador, con un MAIS-FCI, persigue además la calidad de los servicios articulados mediante una Red Pública Integral de Salud y una Complementaria —esta última en proceso de consolidación debido a dificultades de orden financiero— como una vía para integrar la oferta que resuelva los principales problemas de su población, lo que expresa su capacidad resolutiva ideal.

Una de las situaciones a enfrentar, ante la interrogante de ¿cómo evaluar la calidad de la atención y la resolutividad de las unidades operativas, mediante la implementación del MAIS-FCI, bajo la lógica del programa de formación de médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria?, es la no disponibilidad de un sistema de evaluación a tal fin, operacionalizado con variables que den respuesta a la totalidad de indicadores según políticas del MSP, y otros que permitan evaluar la dimensión intercultural del modelo de atención; además de no contar con un sistema único de información estadística que articule con dichos procesos.

Para este análisis en el primer nivel de atención, se dispone de la información contenida en los componentes del modelo de atención sistematizada y divulgada por el Sistema de Información Estadístico del sector salud, que responde a los criterios de planificación territorial asumidos por el MSP para la asignación de población y servicios según el tipo de unidad operativa, el que toma en correspondencia los rangos de densidad poblacional preestablecidos^{11,12}.

Tomando en consideración que el desconocimiento de la capacidad resolutiva de la estructura instalada en un distrito de salud constituye un impedimento para el desarrollo de la estrategia de la Atención Primaria de Salud-renovada (APS-R) y el cumplimiento de los indicadores de estructura, procesos y resultados establecidos por el MSP para la atención integral de salud al individuo, la familia y la comunidad, y que en la literatura consultada no se aprecia

en la provincia de Chimborazo la existencia de investigaciones locales dirigidas a este fin, se realizó esta investigación, la primera dirigida a fundamentar teórica y metodológicamente la capacidad resolutiva y la calidad de la atención de las unidades operativas del primer nivel, donde se forman los futuros médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria.

Objetivo general

Evaluar la calidad resolutiva y la calidad de la atención de las unidades operativas del primer nivel, donde se aplica el programa de Medicina Familiar y Comunitaria.

Objetivos específicos

- Caracterizar el nivel de resolutividad de la atención en las unidades operativas de salud de la provincia de Chimborazo, donde se aplica el programa de Medicina Familiar y Comunitaria.
- Analizar los resultados obtenidos en la aplicación de las prestaciones de salud, por ciclos de vida, según el MAIS-FCI.
- Caracterizar la continuidad de la atención, hasta la resolución del problema de salud individual, familiar y comunitario, que causó motivo de atención.
- Identificar en el usuario externo los niveles de percepción de calidad de los servicios de salud recibidos.

Metodología

La investigación corresponde al tipo evaluativo, de campo, sobre los sistemas y servicios de salud del primer nivel de atención de la provincia de Chimborazo, en el período comprendido entre enero de 2014 y diciembre de 2017, de la cual se presenta la primera etapa, de cuatro que la componen, en la que se revisaron los documentos normativos que regulan el proceso asistencial de salud en el Ecuador, entre los que se encuentran: a) MAIS-FCI; b) manual para su implementación; c) capacidad resolutiva de las instituciones de salud; d) manual de funcionamiento de las unidades operativas del primer nivel de atención; e) calidad de la atención; f) dispensarización; g) análisis de la situación de salud (ASIS); así como los documentos operativos (fichas familiares, actas de reuniones de los Consejos Locales de Salud, informes de morbimortalidad, diagnóstico situacional de salud) de las unidades de salud de la provincia de Chimborazo donde laboran los médicos especialistas de Medicina Familiar (7), los médicos devengantes de beca (8) y los médicos en formación en la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (29), lo cual constituyó el primer universo de estudio (44).

Para estudiar la calidad de la atención percibida por los usuarios, el universo de estudio incluye la población asignada a las 24 unidades de salud del primer nivel de atención seleccionado para esta investigación, en la cual, ya que no se precisa el dato de la población real —debido entre otras causas a la gran movilidad de la población y a que los médicos que realizan la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria aún se encuentran efectuando la dispensarización de sus poblaciones asignadas— se siguió un muestreo no

probabilístico por cuotas, lo que permitirá encuestar al 5% de los habitantes asignados a cada profesional en formación, lo cual representa una muestra de 1.740 individuos.

Las etapas que componen esta investigación son las siguientes:

- a) Primera etapa: fundamentación teórica del problema en estudio.
- b) Segunda etapa: diseño y validación de los instrumentos a utilizar.
- c) Tercera etapa: aplican de los instrumentos validados, recogiendo los datos obtenidos en una base diseñada al efecto.
- d) Cuarta etapa: procesamiento de la información, a través de la estadística descriptiva y la triangulación de datos.
- e) Elaboración del informe final.
- f) Socialización de resultados.

Entre los métodos del nivel teórico utilizados se encuentran el inductivo-deductivo, analítico-sintético, histórico-lógico, lógico-abstracto y teórico-práctico.

Se realizó una revisión documental a través de una guía diseñada al efecto, así como una encuesta aplicada mediante formulario preestablecido a usuarios externos y otra a usuarios internos, las cuales constituyeron la técnica e instrumento utilizados.

Para la obtención de la información, se diseñaron dos cuestionarios del tipo estructurado. El primero dirigido a identificar la calidad de la atención sanitaria; y el segundo, a evaluar el comportamiento de las variables incluidas en el estudio, las que permitirán caracterizar la resolutivez de la unidad operativa.

Resultados

Para responder con éxito al desafío de consolidar la salud como un producto social y eje estratégico para el desarrollo y el logro del Buen Vivir de la ciudadanía ecuatoriana, se implementó el MAIS-FCI, mediante el cual se desarrollan nuevas formas relacionales, y se ubica al individuo, la familia y la comunidad en el centro de la atención, instalando buenas prácticas, desarrollando intervenciones orientadas hacia resultados de impacto social, con la convicción de que el enfoque biopsicosocial, multidisciplinario e intercultural constituye la alternativa para responder de manera más efectiva a las necesidades de las personas, familias y comunidades, contribuyendo así a mejorar su calidad de vida.

Fundamentar teórica y metodológicamente la capacidad resolutivez y la calidad de la atención de las unidades operativas del primer nivel, donde se forman los futuros médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, constituye un aporte al trabajo de la academia y del sector salud, ya que a través de la publicación de los resultados investigativos se podrá contar con un referente teórico, el que, además de caracterizar los servicios prestados por las unidades operativas incluidas en el estudio, como expresión de calidad de la atención, contribuirá al perfeccionamiento de las redes integradas.

Lo antes planteado permite hacer un análisis inicial de las principales características identificadas en las uni-

dades operativas del primer nivel de atención donde se aplica el programa de especialización en Medicina Familiar y Comunitaria, identificadas en la primera etapa de esta investigación, entre las que se encuentran:

1. *Atención integral al individuo, la familia y la comunidad:* esta forma supera la anterior, la cual estaba centrada en el hombre enfermo, con carácter eminentemente biologicista, para instituir el cambio de paradigma en el sistema de pensamiento y actuación de los profesionales del sector. Entre las principales actividades realizadas se encuentran:

- Atención integral a la salud individual por ciclos de vida, a las familias según las diferentes etapas por las que atraviesa y a la comunidad, a partir del análisis de las prioridades nacionales y locales para mantener y mejorar la salud de la población, con el sustento de las normativas y protocolos existentes y con la realización de actividades de promoción de la salud, prevención de enfermedades, curación, recuperación, rehabilitación, cuidados paliativos, en el marco del modelo de atención integral de salud y familiar con enfoque intercultural, de género y de derechos, en todos los escenarios de atención.
- Atención integral en las consultas de libre demanda, de morbilidad, programadas, subsecuentes, de seguimiento, de referencia y de contrarreferencias.
- Atención integral domiciliaria a personas que por enfermedad, discapacidad, urgencia o estado terminal requieran de esta y no puedan movilizarse al establecimiento de salud, en correspondencia con las normas y protocolos del MSP.
- Interconsultas y atención de especialidades básicas y otros servicios: se ofrecieron interconsultas de pediatría, medicina interna, ginecoobstetricia, nutrición, realizadas según el tipo de establecimiento «A», «B» o «C» y la cartera de servicios definida en el licenciamiento, registrándose las mismas en la historia clínica.

2. *Reconocimiento del área de influencia y familias asignadas a los equipos de atención integral de salud (EAIS):* se ajustan a los estándares establecidos por la Normativa del MSP y el MAIS para el primer nivel de atención y tipo de formación^{3,11-13}.

3. *Dispensarización de la población:* proceso organizado, continuo y dialéctico, que ha permitido el registro de las personas y familias en la ficha familiar y la evaluación de la situación de salud de estos, de forma planificada, coordinada y liderada por el médico de familia conjuntamente con el equipo de trabajo. La misma se ha realizado por tres vías fundamentales: a) presentación espontánea de los individuos; b) visitas programadas a las viviendas, y c) actualización sistemática. Esta acción facilita la observación permanente y dinámica de individuos y grupos, con el objetivo de controlar riesgos y daños a la salud individual y colectiva¹⁴.

4. *Planificación de actividades intra y extramurales:* realización de consultas, visitas domiciliarias, visitas a establecimientos educativos, laborales, comunitarios, etc.

5. *Visitas domiciliarias*: permitieron realizar el diagnóstico integral de la salud individual y familiar, detectar riesgos biológicos, psicológicos, sociales, ambientales.
6. *Análisis de la situación de salud*: elemento que permitió obtener una caracterización de la situación de salud individual y colectiva, a partir del estudio de los perfiles de morbimortalidad, particularidades socioeconómicas de cada contexto y de la organización de las unidades operativas, con un enfoque multisectorial. El ASIS constituye un ejemplo del más alto grado de participación comunitaria, el cual es un importante instrumento de trabajo del equipo básico, para dirigir sus pensamientos y actividades diarias en el análisis de los problemas existentes para buscar las soluciones, mediante el diseño de planes de acción, detección temprana e intervención integral de factores de riesgo, seguimiento de enfermedades crónicas, prevención de complicaciones de discapacidades o secuelas.
7. *Información de enfermedades de notificación obligatoria*: este componente del Sistema Nacional de Salud permitió recoger datos estadísticos sobre la frecuencia de ocurrencia de las enfermedades de notificación, lo cual, a su vez, ayuda a los investigadores a determinar las tendencias de la enfermedad, a identificar y controlar los brotes.
8. *Registro de información local*: pertinente para el sistema único de información en salud a partir de la metodología nacional a fin de alimentar el sistema de información en salud nacional y apoyar la toma de decisiones en los diferentes niveles de gestión, utilizando las TIC.
9. *Sistema de referencia-contrarreferencia de los pacientes a los diferentes niveles de atención*: actividad desarrollada en correspondencia con las necesidades de cada caso, sustentada en medicina basada en evidencia, guías de práctica clínica, normas y protocolos de atención, de acuerdo con la cartera de servicios autorizados por el MSP.

La sistematización de los 29 ASIS de las unidades de salud donde laboran los médicos posgradistas del programa de Medicina Familiar y Comunitaria permitió caracterizar la situación de esas comunidades. A continuación se enlistan los aspectos estudiados:

- Caracterización de la unidad geográfico-histórica de la población.
- Ubicación geográfica y límites.
- Descripción de las principales cuencas hidrográficas del territorio.
- Descripción general de la accesibilidad del territorio.
- Descripción de las comunidades de difícil acceso por características geográficas.
- Identificación de factores protectores de la salud, presentes en el entorno geográfico.
- Características socioambientales.
- Amenazas naturales.
- Amenazas antrópicas.
- Características demográficas de la población.
- Ritmo de crecimiento por grupos de edad.
- Etnias.
- Población urbana y rural y densidad poblacional por cantones.
- Migraciones.
- Principales causas de morbilidad.
- Principales causas de mortalidad.
- Establecimiento del plan de acción.

Tomando en consideración la información resultante de la sistematización documental antes referida, la cual muestra la relación de correspondencia existente entre estos y el estado de salud de la población, y dada la importancia de estudiar la calidad de los servicios de salud prestados, como una vía para contribuir al alcance del Buen Vivir de la población ecuatoriana, se propone completar la investigación con las etapas propuestas en el marco metodológico planteado en el presente estudio.

Discusión

Las políticas neoliberales durante las décadas de los años ochenta y noventa impulsaron la privatización de la economía y los servicios, lo que provocó una depresión de los sistemas de salud en varios países latinoamericanos debido a la reducción del papel del Estado al respecto. En ese contexto, la realidad del Ecuador mostró bajos indicadores de salubridad que lo ubicó entre los países de la región menos favorecidos^{15,16}.

Al sistematizar la información sobre la implementación del MAIS-FCI en el Ecuador en la literatura disponible, se observa que el MSP, en su calidad de autoridad sanitaria nacional, implementa cambios estructurales en el sector, los que se enmarcan en las políticas de salubridad que el Gobierno viene impulsando desde el año 2007^{3,16}.

Uno de los aportes más importantes de la implementación de ese modelo a la práctica sanitaria es su visión de desarrollo, la cual supera el enfoque economicista, concentrador y excluyente, hacia una orientación centrada en el ser humano como ser biopsicosocial, articulando los diferentes ámbitos de la vida a nivel económico, social, político, cultural, ambiental, en función de la generación de oportunidades y potenciación de capacidades para el logro de condiciones de bienestar de toda la población, además de recuperar la planificación de la atención sanitaria en correspondencia con los diferentes programas de salud que se desarrollan en el primer nivel^{3,8-10,13}.

Autores como Egaña-Rojas y Barría-Iroumé¹⁷ señalan que la necesaria afiliación a las más modernas teorías salubristas llevó al Sistema de Atención Primaria de Salud en Chile a asumir el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria desde los años noventa. Ellos resaltan la importancia de establecer equipos de trabajo con las herramientas y competencias necesarias para la implementación de ese paradigma.

Así mismo, investigadores costarricenses que analizaron la percepción del personal docente universitario para mejorar la calidad de vida observaron que esto requiere de una visión biopsicosocial, desde una concepción sistémica y compleja, que parta de la identificación de los factores de riesgo¹⁸.

En los últimos años, el sector salud peruano realiza reformas importantes en aras de garantizar cobertura

y capacidad resolutoria para la atención en el primer nivel, para lo cual implementa políticas y programas como el del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS). Mediante la aprobación del Decreto Legislativo 1153, ese Estado busca la finalidad de alcanzar mayores niveles de equidad, eficacia y eficiencia, que se traduzcan en servicios salubristas de calidad al alcance de todos¹⁹.

Sin embargo, para Solari, los logros de las metas propuestas para la Atención Primaria de Salud en Perú continúan siendo un compromiso pendiente. Esta autora cuestiona la forma en que se implementa el modelo de atención integral por etapas de vida, así como qué tan contextualizado está el mismo a las características de ese país²⁰.

Las actuales políticas de salud de los países de Suramérica destacan la Atención Primaria de Salud como una estrategia para la garantía de la atención integral y la equidad en salud. Estos nuevos modelos tienen como componentes comunes: el enfoque integral, familiar y comunitario con equipos multiprofesionales, que actúan en poblaciones y territorios definidos, entre los que se destaca Ecuador, contexto en el que la interculturalidad ocupa un lugar especial con respeto a la asimilación de los saberes y prácticas en salud de los pueblos originarios²¹.

La nueva visión de desarrollo del MSP del Ecuador establece el fortalecimiento de este sector, expresado en la reestructuración de la institucionalidad pública y del quehacer sanitario en el país, como una vía que genera mayor resolutoria de los problemas que afectan al individuo, la familia y la comunidad, donde la cobertura de la atención muestra una tendencia ascendente, con un enfoque equitativo, intercultural e incluyente.

Conclusiones

- La sistematización de los ASIS de las unidades donde se aplica el programa de Medicina Familiar y Comunitaria permitió contar con una fundamentación teórico-metodológica del panorama económico-social y sanitario de esas comunidades.
- Los cambios experimentados en el modelo de atención del Sistema Nacional de Salud del Ecuador ameritan el estudio de su capacidad resolutoria y calidad de la atención brindada en las unidades operativas del primer nivel, donde se aplica el programa de Medicina Familiar y Comunitaria, lo que contribuirá al perfeccionamiento de las redes integradas y constituirá un aporte al trabajo de la academia y del sector salud.
- Entre las principales características identificadas en las unidades operativas del primer nivel de atención, bajo la lógica de la Medicina Familiar y Comunitaria se encuentran: la atención integral al individuo, la familia y la comunidad, el reconocimiento del área de influencia y familias asignadas a los equipos de atención integral de salud, la dispensarización de la población, la planificación de actividades intra y extramurales, las visitas domiciliarias, el ASIS, las enfermedades de notificación obligatoria, el registro de información local, el sistema de referencia y contrarreferencia de los pacientes a los diferentes niveles de atención.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución de la República del Ecuador. Quito, Ecuador: Asamblea Nacional; 2008.
2. Bonilla-Pulgar GE. Desarrollo local y salud. Guía didáctica del Diplomado en Desarrollo Local y Salud. Loja, Ecuador: Editorial UTPL; 2004.
3. Ministerio de Salud Pública. Manual del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI). Quito, Ecuador: MSP; 2012.
4. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. Plan Nacional de Desarrollo/Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017. Quito, Ecuador: SENPLADES; 2007.
5. Departamento de Planificación del Ministerio de Salud Pública. Nuevo modelo de atención genera confianza en servicios de salud. Quito, Ecuador: MSP; 2012.
6. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013: construyendo un Estado plurinacional e intercultural. Quito, Ecuador: SENPLADES; 2009.
7. Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social. Agenda Social 2009-2011. Equidad, calidad y eficiencia de los servicios para el buen vivir de la población. Quito, Ecuador: MCDS; 2010.
8. Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública. Norma del subsistema de referencia, derivación, contra referencia y referencia inversa del Sistema Nacional de Salud. Quito, Ecuador: MSP; 2013.
9. Pasek-de Pinto E, Briceño-de Sánchez R. Juicios valorativos: elementos y proceso de formulación en la evaluación del aprendizaje. Rev Actual Invest Educ. [Internet]. 2015 [consultado 16 Abr 2017]; 15. Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/aie/v15n2/a19v15n2.pdf>
10. López-Puig P, García-Milian AJ, Segredo-Pérez AM, Alonso-Carbonell L, Santana-Felipe A. Procedimiento para medir la capacidad resolutoria de los equipos básicos de salud. Rev Cub Salud Púb. [Internet]. 2014 [consultado 16 Abr 2017]; 40. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000400002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
11. Ministerio de Salud Pública. Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador — SIISE. Quito, Ecuador: MSP; 2011.
12. Ministerio de Salud Pública. Manual operativo. Red nacional integrada de servicios de salud. Quito, Ecuador: MSP; 2013.
13. Lucio R, Villacrés N, Henríquez R. Sistema de salud de Ecuador. Salud Pública Méx [Internet]. 2011 [consultado 18 Mar 2016]; 53(Supl. 2): s177-s187. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800013&lng=en
14. Colectivo de autores. Medicina General Integral. 2^{da} ed., aumentada y corregida. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2007. p.116.
15. Naranjo-Ferregut JA, Delgado-Cruz A, Rodríguez-Cruz R, Sánchez-Pérez Y. Considerations on the Model of Comprehensive Health Care in Ecuador. Rev Cubana Med Gen Integr. [Internet]. 2014 [consultado 16 Abr 2017]; 30. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000300011&lng=es
16. López-Cevallos D, Chi Ch, Ortega F. Consideraciones para la transformación del sistema de salud del Ecuador desde una perspectiva de equidad. Rev Salud Pública. [Internet]. 2014;16:347-60, <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v16n3.34610>.

17. Egaña-Rojas D, Barría-Iroumé S. La familia como categoría difusa en la atención primaria del sistema de salud chileno. *Rev Cubana Med Gen Integr.* [Internet]. 2015 [consultado 16 Abr 2017]; 31. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci.arttext&pid=S0864-21252015000300011&lng=es>
18. Rojas-Muñoz MN, Trejos-Abarca D. Lineamientos para el mejoramiento de la calidad de vida en la Universidad de Costa Rica de acuerdo con la percepción del personal docente. *Rev Actual Investig Educ.* [Internet]. 2014 [consultado 16 Abr 2017]; 14: 186-203. Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci.arttext&pid=S1409-47032014000300008&lng=en&nrm=iso>
19. García-Cabrera HE, Díaz-Urteaga P, Ávila-Chávez D, Cuzco-Ruiz MZ. La Reforma del Sector Salud y los recursos humanos en salud. *An Fac Med.* [Internet]. 2015 [consultado 16 Abr 2017]; 76(Esp.): 7-26. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci.arttext&pid=S1025-55832015000100002&lng=es&nrm=iso>
20. Solari L. Atención primaria de la salud: un compromiso pendiente. *Rev Perú Med Exp Salud Pública.* [Internet]. 2013. Abr [consultado 16 Abr 2017]; 30. Disponible en <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci.arttext&pid=S1726-46342013000200002&lng=es&nrm=iso>
21. Giovanella L, Almeida PF, Romero RV, Oliveira S, Silva HT. Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. *Saúde em Debate.* [Internet]. 2015 [consultado 16 Abr 2017]; 39: 300-322. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00300.pdf>