



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

“NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO FRENTE AL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD FAMILIAR COMUNITARIA E INTERCULTURAL APLICADO EN LA PARROQUIA SAN FERNANDO, SECTOR TAMBALÓ DURANTE EL PERÍODO ENERO A JUNIO 2014”

Requisito previo para optar por el título de Licenciada en Enfermería

Autora: Rivera Núñez, Lissette Alexandra

Tutora: Lcda. Mg. Chasillacta Amores, Fabiola Beatriz

Ambato – Ecuador

Septiembre, 2014

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora del Trabajo de Investigación sobre el tema:

“NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO FRENTE AL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD FAMILIAR COMUNITARIA E INTERCULTURAL APLICADO EN LA PARROQUIA SAN FERNANDO, SECTOR TAMBALÓ DURANTE EL PERÍODO ENERO A JUNIO 2014” de Lissette Alexandra Rivera Núñez estudiante de la Carrera de Enfermería, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Julio del 2014

LA TUTORA

.....
Lcda. Mg. Fabiola Beatriz Chasillacta Amores

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación **“NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO FRENTE AL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD FAMILIAR COMUNITARIA E INTERCULTURAL APLICADO EN LA PARROQUIA SAN FERNANDO, SECTOR TAMBALÓ DURANTE EL PERÍODO ENERO A JUNIO 2014”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de éste trabajo de grado.

Ambato, Julio del 2014

LA AUTORA

.....
Lissette Alexandra Rivera Núñez

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales, de mi tesis confines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice presentando mis derechos de autora.

Ambato, Julio del 2014

LA AUTORA

.....

Lissette Alexandra Rivera Núñez

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **“NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO FRENTE AL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD FAMILIAR COMUNITARIA E INTERCULTURAL APLICADO EN LA PARROQUIA SAN FERNANDO, SECTOR TAMBALÓ DURANTE EL PERÍODO ENERO A JUNIO 2014”** de Lissette Alexandra Rivera Núñez, estudiante de la Carrera de Enfermería.

Ambato, Septiembre del 2014

Para constancia Firman

.....

PRESIDENTE/A

.....

1^{er} VOCAL

.....

2^{do} VOCAL

DEDICATORIA

El presente trabajo Investigativo lo dedico a mi Dios quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

Para mis padres Nelly y David por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles y en cada uno de mis pasos, por llevarme siempre por el lado correcto en la vida y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

A mis hermanos Henry, Cintia, Joel y Paulette por el apoyo moral incondicional en mi carrera estudiantil.

Lisette Alexandra

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento especial y profundo a Dios, por la vida y las pruebas y bendiciones que me ha dado para ser mejor persona en la vida.

A mis padres y hermanos por ser un ejemplo tangible de perseverancia, por todos los consejos brindados, por el apoyo, los ánimos y la ayuda psicológica en los momentos más difíciles en la carrera por los obstáculos presentados, fueron quienes me brindaron bendiciones y aliento a conseguir mi mayor anhelo, culminar mis estudios universitarios y obtener el título profesional de Enfermería.

Mi reconocimiento y gratitud a la tutora de esta tesis Lcda. Mg. Fabiola Chasillacta, por el tiempo dedicado, la orientación en todos y cada uno de los capítulos, ya que su gran experiencia profesional permitió destacar lo mejor en esta investigación.

A todos los docentes que impartieron sus conocimientos durante mi vida universitaria.

A todo el personal que labora en el Subcentro de Salud "San Fernando", institución que me abrió las puertas para el desarrollo de este trabajo investigativo con el mayor de los gustos.

A todas aquellas personas que fueron partícipes de mi vida universitaria, a mis amigos/as quienes aportaron en parte de mi crecimiento personal y profesional, a todas ellas muchas gracias por todo, los llevo en mi corazón.

Lisette Alexandra

ÍNDICE DE CONTENIDO

PÁGINAS PRELIMINARES

Aprobación del tutor.....	ii
Autoría del trabajo de grado	iii
Derechos de autor	iv
Aprobación del jurado examinador	v
Dedicatoria	vi
Agradecimiento.....	vii
Resumen	xvi
Summary	xvii
Introducción	1

CAPÍTULO I EL PROBLEMA

1.1 Tema:	3
1.2 Planteamiento del problema	3
1.2.1 Contextualización	4
1.2.2 Análisis Crítico	10
1.2.3 Prognosis.....	11
1.2.4 Formulación del problema.....	12
1.2.5 Preguntas directrices	12
1.2.6 Delimitación del problema.....	12
1.3 Justificación	13
1.4 Objetivos.....	13
1.4.1 Objetivo general.....	13
1.4.2 Objetivos específicos	13

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes investigativos.....	14
2.2 Fundamentación filosófica	15
2.3 Fundamentación legal.....	16
2.4 Categorías Fundamentales	20
2.5 Fundamentación Teórica	23
2.5.1 Modelo de Atención Integral, Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI)	23
2.5.2 Atención Primaria en Salud:.....	35
2.5.3 Sistema Nacional de Salud	37
2.5.4 Salud Pública.....	42
2.5.5 Servicios de Salud	43
2.5.6 Calidad asistencial	45
2.5.7 Percepción del usuario	46
2.5.8 Nivel de satisfacción del usuario	48
2.6 Hipótesis.....	49
2.7 Señalamiento de variables de la hipótesis	49
2.7.1 Variable Independiente:	49
2.7.2 Variable Dependiente:	49

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1 Enfoque Investigativo.....	50
3.2 Modalidad básica de la investigación	50
3.3 Niveles o tipo de investigación	51
3.4 Población y muestra	52
3.5 Operacionalización de variables	53
3.5.1 Variable independiente: Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural	53
3.5.2 Variable dependiente: Nivel de satisfacción del usuario.....	55
3.6 Técnicas e instrumentos	56
3.7 Plan de recolección de la investigación	56
3.8 Plan de procesamiento	57

**CAPÍTULO IV
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS**

4.1 Análisis e interpretación de fichas familiares.....	58
4.1.1 Características de la población de estudio.....	58
4.2 Análisis e interpretación de la guía de observación	84
4.3 Combinación de frecuencias.....	86
4.4 Modelo Lógico	87
4.4 Conclusión.....	89
4.5. Verificación de la hipótesis.....	89

**CAPÍTULO V
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

5.1 Conclusiones	90
5.2 Recomendaciones	92

**CAPÍTULO VI
LA PROPUESTA**

6.1 Datos Informativos.....	93
6.2 Antecedentes de la Propuesta	94
6.3 Justificación	94
6.4 Objetivos.....	95
6.4.1 Objetivo general.....	95
6.4.2 Objetivos específicos	95
6.5 Análisis de factibilidad.....	95
6.6 Fundamentación Científico-Teórico	96
6.7 Modelo Operativo	101
6.7.1 Plan de acción de la propuesta:	102
6.8 Administración de la propuesta.....	105
6.9 Plan de monitoreo y evaluación de la propuesta.....	106

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bibliografía.....	107
Linkografía.....	109
Citas bibliográficas – bases de datos UTA.....	111

ANEXOS

Anexo N°1: Ficha Familiar	112
Anexo N°2: Guía de Observación	114
Anexo N°3: Plan estratégico-táctico “Familias Saludables” para el fortalecimiento del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural en el sector Tambaló	115
Anexo N° 4: Fotografías.....	128

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Árbol de problemas.....	9
Ilustración 2: Red de Categorías Fundamentales de las Variables	20
Ilustración 3: Constelación de Ideas de la Variable Independiente	21
Ilustración 4: Constelación de Ideas de la Variable Dependiente.....	22
Ilustración 5: Diagrama de Atención del MAIS-FCI	24
Ilustración 6: Ciclos de vida por grupos etéreos.....	27
Ilustración 7: Diagrama de la Ficha Familiar del MAIS-FCI.....	34
Ilustración 8: Niveles de Atención del Sistema Nacional de Salud	39
Ilustración 9: Tipología de las Unidades Operativas del Sistema Nacional de Salud	41
Ilustración 10: Ubicación Geográfica del Sector Tambaló	93

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico Nº 1. Distribución porcentual de la población del sector Tambaló por grupos etéreos.....	59
Gráfico Nº 2. Distribución porcentual de la población del sector Tambaló por género y grupo etéreo	60
Gráfico Nº 3. Distribución porcentual de la población del sector Tambaló por grupo etéreo y ocupación	62
Gráfico Nº 4. Distribución porcentual de la población del sector Tambaló por grupo etéreo y escolaridad	63
Gráfico Nº 5. Determinación porcentual del riesgo biológico en niños menores de cinco años del sector Tambaló con vacunación incompleta .	65
Gráfico Nº 6. Determinación porcentual del riesgo biológico en personas del sector Tambaló con enfermedades de impacto.....	66
Gráfico Nº7. Determinación porcentual del riesgo biológico en embarazadas del sector Tambaló sin controles prenatales.....	67
Gráfico Nº 8. Determinación porcentual del riesgo biológico en mujeres de edad fértil del sector Tambaló sin DOC Uterino	68

Gráfico N° 9. Determinación porcentual del riesgo biológico en personas del sector Tambaló con discapacidad (CONADIS).....	69
Gráfico N° 10. Determinación porcentual del riesgo sanitario en las familias del sector Tambaló según la eliminación de basura y excretas...	70
Gráfico N° 11. Determinación porcentual del riesgo sanitario en las familias del sector Tambaló según el consumo de agua segura	71
Gráfico N° 12. Determinación porcentual del riesgo sanitario en las familias del sector Tambaló según la tenencia de animales intradomésticos	72
Gráfico N° 13. Determinación porcentual del riesgo sanitario en las familias del sector Tambaló según la mala eliminación de desechos líquidos	74
Gráfico N° 14. Porcentaje del nivel de satisfacción del usuario del sector Tambaló frente al trato del personal de salud en la atención	75
Gráfico N° 15. Porcentaje del nivel de satisfacción del usuario del sector Tambaló frente al tiempo de espera para ser atendido	76
Gráfico N° 16. Porcentaje del nivel de satisfacción del usuario del sector Tambaló frente a la educación con charlas.....	77
Gráfico N° 17. Porcentaje del nivel de satisfacción del usuario del sector Tambaló frente al sistema referencia y contrareferencia.....	78
Gráfico N° 18. Porcentaje del nivel de satisfacción del usuario frente a la solución a los problemas de salud	79
Gráfico N° 19. Porcentaje del nivel de satisfacción del usuario del sector Tambaló frente a las orientaciones sobre los cuidados en el hogar	80
Gráfico N° 20. Porcentaje del nivel de satisfacción del usuario del sector Tambaló frente a la entrega de insumos (medicamentos).....	81
Gráfico N° 21. Porcentaje del nivel de satisfacción del usuario del sector Tambaló frente a las indicaciones con medicina tradicional y ancestral...	82
Gráfico N° 22. Porcentaje del nivel de satisfacción del usuario frente a la coordinación de reuniones o actividades comunitarias con el personal de salud.....	83

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla Nº 1. Distribución porcentual de la población por grupos etáreos ..	58
Tabla Nº 2. Distribución porcentual de la población del sector Tambaló por género y grupo etáreo	60
Tabla Nº 3. Distribución porcentual de la población del sector Tambaló por grupo etáreo y ocupación	61
Tabla Nº 4. Distribución porcentual de la población del sector Tambaló por grupo etáreo y escolaridad	63
Tabla Nº 5. Determinación porcentual del riesgo biológico en niños menores de cinco años del sector Tambaló con vacunación incompleta ..	64
Tabla Nº 6. Determinación porcentual del riesgo biológico en personas del sector Tambaló con enfermedades de impacto	66
Tabla Nº 7. Determinación porcentual del riesgo biológico en embarazadas del sector Tambaló sin controles prenatales.....	67
Tabla Nº 8. Determinación porcentual del riesgo biológico en mujeres de edad fértil del sector Tambaló sin DOC Uterino	68
Tabla Nº 9. Determinación porcentual del riesgo biológico en personas del sector Tambaló con discapacidad (CONADIS)	69
Tabla Nº 10. Determinación porcentual del riesgo sanitario en las familias del sector Tambaló según la eliminación de basura y excretas	70
Tabla Nº 11. Determinación porcentual del riesgo sanitario en las familias del sector Tambaló según el consumo de agua segura	71
Tabla Nº 12. Determinación porcentual del riesgo sanitario en las familias del sector Tambaló según la tenencia de animales intradomésticos	72
Tabla Nº 13. Determinación porcentual del riesgo sanitario en las familias del sector Tambaló según la mala eliminación de desechos líquidos	73
Tabla Nº 14. Porcentaje del nivel de satisfacción del usuario del sector Tambaló frente al trato del personal de salud en la atención	75
Tabla Nº 15. Porcentaje del nivel de satisfacción del usuario del sector Tambaló frente al tiempo de espera para ser atendido	76
Tabla Nº 16. Porcentaje del nivel de satisfacción del usuario del sector Tambaló frente a la educación con charlas.....	77

Tabla Nº 17. Porcentaje del nivel de satisfacción del usuario del sector Tambaló frente al sistema referencia y contrareferencia.....	78
Tabla Nº 18. Porcentaje del nivel de satisfacción del usuario frente a la solución a los problemas de salud	79
Tabla Nº 19. Porcentaje del nivel de satisfacción del usuario del sector Tambaló frente a las orientaciones sobre los cuidados en el hogar	80
Tabla Nº 20. Porcentaje del nivel de satisfacción del usuario del sector Tambaló frente a la entrega de insumos (medicamentos).....	81
Tabla Nº 21. Porcentaje del nivel de satisfacción del usuario del sector Tambaló frente a las indicaciones con medicina tradicional y ancestral...	82
Tabla Nº 22. Porcentaje del nivel de satisfacción del usuario frente a la coordinación de reuniones o actividades comunitarias con el personal de salud.....	83
Tabla Nº 23: Determinación cualitativa sobre el cumplimiento de actividades en el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural.....	84
Tabla Nº 24: Cálculo del chi cuadrado (χ^2).....	88

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

“NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO FRENTE AL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD FAMILIAR COMUNITARIA E INTERCULTURAL APLICADO EN LA PARROQUIA SAN FERNANDO, SECTOR TAMBALÓ DURANTE EL PERÍODO ENERO A JUNIO 2014”

Autora: Rivera Núñez, Lissette Alexandra

Tutora: Lcda. Mg. Chasillacta Amores, Fabiola

Fecha: Julio del 2014

RESUMEN EJECUTIVO

La presente investigación está encaminada a determinar el nivel de satisfacción del usuario frente al Modelo de Atención en Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural. El Nuevo Modelo de Atención Integral en Salud se orienta al cambio de los factores determinantes de la salud: desde los estilos de vida individual hasta los modos de vida sociales, con un enfoque en la salud familiar y comunitaria con énfasis en la identificación de los riesgos: biológicos, sanitarios y socio-económicos.

La aplicación de las fichas familiares ha facilitado la identificación de los diferentes riesgos para la salud como: la existencia de los riesgos biológicos como un indicador de vacunación incompleta con un 75% de grupo en riesgo de muy bajo a alto; además estuvo focalizado en el sexo femenino, con un 85% de mujeres sin DOC uterino y embarazadas sin controles prenatales en un 40%. Además de la identificación de riesgos sanitarios como la presencia de animales intradomiciliarios en un 78,125 % de familias con alto riesgo de zoonosis, así como la mala eliminación de basura en un 68,75% y de desechos líquidos más del 93%.

PALABRAS CLAVE: SALUD, SATISFACCIÓN, USUARIO, RIESGO BIOLÓGICO

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

**"USER SATISFACTION LEVEL FRONT MODEL COMPREHENSIVE
COMMUNITY FAMILY HEALTH CARE AND INTERCULTURAL
APPLIED IN THE PARISH SAN FERNANDO, TAMBALO SECTOR
DURING JANUARY-JUNE 2014 PERIOD"**

Author: Rivera Núñez, Lissette Alexandra

Tutor: Lcda. Mg. Chasillacta Amores, Fabiola

Date: July at 2014

SUMMARY

This research aims to determine the level of user satisfaction compared to Model of Care in Family Health, Community and Intercultural.

The New Model of Comprehensive Health Care aims to change the determinants of health: from individual life styles to modes of social life, with a focus on family and community health with emphasis on risk identification biological, health and socio-economic.

The application of family records has facilitated the identification of the various health risks such as: the existence of biological risks as an indicator of incomplete vaccination with 75% of group at risk from very low to high; also was focused on females, with 85% of women without uterine DOC and pregnant no prenatal care by 40%. In addition to the identification of health risks as the presence of animals in a domiciliary 78,125% of families at high risk of zoonosis and poor waste disposal by 68.75% and liquid waste more than 93%.

KEYWORDS: HEALTH, SATISFACTION, USER, BIOHAZARD

INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud Pública en su calidad de Autoridad Sanitaria Nacional ha implementado cambios estructurales en el sector salud, que se enmarcan en el proceso de la Revolución Ciudadana que el Gobierno Nacional viene impulsando desde el año 2007.

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural tiene como desafío consolidar la implementación del modelo, trabajar con las familias, desarrollar nuevas formas relacionales, ubicar al usuario en el centro de la atención, instalando buenas prácticas, desarrollando intervenciones orientadas hacia resultados de impacto social. Desde la convicción de que el enfoque biopsicosocial, multidisciplinario e intercultural, son la alternativa para responder de manera más efectiva a las necesidades de las personas, familias y comunidades, contribuyendo a mejorar su calidad de vida.

La presente investigación está encaminada a determinar el nivel de satisfacción del usuario frente al Modelo de Atención en Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural.

En los tiempos actuales, el proceso de investigación representa uno de los parámetros en la actividad humana que está orientada a la obtención de nuevos conocimientos y, por este sendero, ocasionalmente dar solución a problemas o interrogantes de carácter científico, de esta manera formando parte del amplio aspecto de la globalización.

El objetivo de la investigación no está determinado por las conclusiones obtenidas del estudio, no se basan en impresiones subjetivas, sino en hechos que se han observado y medido, y que en su interpretación se evita cualquier prejuicio que los responsables del estudio pudieran hacer.

Pongo a vuestra consideración la presente tesis con la finalidad de coadyuvar en el proceso investigación-salud-enfermedad y de esta manera aportar de manera tangible por el bien común.

Es por ello que se tratará del problema de investigación así como una clara visión de las contextualizaciones juntamente con el análisis crítico hasta la formulación del problema y la justificación del porqué se ha decidido realizar mencionada indagación.

El énfasis de dar a conocer las bases científicas también se hace presente cuyo contenido comprende cada una de la fundamentaciones hasta el señalamiento de variables e hipótesis. Se recalca el desarrollo humano dentro del contexto de la metodología, promocionando la potencialización de las personas, del aumento de sus habilidades que juntamente con los criterios enmarcados en el proceso de investigación, son los derroteros de nuestra tesis.

Así mismo se da a conocer cada una de las tablas y gráficos de los datos obtenidos en el análisis de los resultados, hasta llegar a lo referente a las conclusiones y recomendaciones que denotan cada una de los ordenamientos obtenidos y las enmiendas a tomar en cuenta para una futura sucesión en la puesta en práctica.

Finalmente se hace reseña a la propuesta de nuestra investigación.

De nuestra parte consideramos haber concluido en todos los aspectos relevantes y necesarios, dejando la presente a vuestra disposición.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Tema:

“NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO FRENTE AL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD FAMILIAR COMUNITARIA E INTERCULTURAL APLICADO EN LA PARROQUIA SAN FERNANDO, SECTOR TAMBALÓ DURANTE EL PERÍODO ENERO A JUNIO 2014”.

1.2 Planteamiento del problema

La Salud es un derecho y un bien público que se construye, se vive y se disfruta en el marco de la vida cotidiana.

El proceso Salud – enfermedad de los individuos, familias y comunidades es objeto – sujeto del trabajo de Equipos de Salud, cuyo cometido principal es contribuir a mejorar la calidad de vida de las poblaciones a cargo en conjunto con ellos.

Las modalidades mediante las cuales los paradigmas del proceso de salud – enfermedad se implementan a través de prácticas sociales de atención a la Salud, constituyen los Modelos de atención a la Salud.

Hablamos de un Modelo De Atención Integral a la Salud como un sistema organizado de prácticas realizado por el equipo de Salud, basado en el enfoque bio psico social del individuo, dirigido a población sana y enferma y que incorpora con especial énfasis la dimensión preventivo – promocional en la atención a la Salud y la participación de la comunidad en su conquista.

De esta manera mediante la aplicación de las técnicas de investigación tanto cualitativa como cuantitativa, se obtendrán datos que permitan validar el planteamiento de la hipótesis, efectuada con los usuarios del sector Tambaló de la Parroquia San Fernando durante los meses de Enero a Junio del 2014, en lo que se refiere a la aplicación del Modelo de Atención en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural

1.2.1 Contextualización

- **Macro contextualización**

En el Ecuador el Sistema Nacional de Salud se ha caracterizado por estar fragmentado, centralizado y desarticulado en la provisión de servicios de salud, otra de sus características ha sido ejemplo del enfoque biologista - curativo en la atención; centrado en la enfermedad y la atención hospitalaria; con programas de salud pública de corte vertical que limitan la posibilidad de una atención integral e integrada a la población.

El presente trabajo, parte de la norma constitucional, que enuncia los derechos que se sustenta en el buen vivir y la definición de Atención Primaria de Salud (APS), como un enfoque para organizar a las comunidades en torno a la salud y darles el poder de tomar acciones sobre un amplio rango de determinantes en salud, encaminado a la promoción de la salud.

A pesar del reconocimiento acerca de la importancia de que la atención en salud se encuentre organizada por niveles de atención, el primero y segundo nivel de atención en los que se puede resolver más del 90% de los problemas de salud, en el sector público han estado debilitados por los bajos presupuestos, el abandono de las unidades, la escases e inestabilidad laboral del personal, han incidido en una limitada capacidad resolutive y la consiguiente pérdida de confianza por parte de la población en el Sistema Nacional de Salud Pública.

En Ecuador el Nuevo Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural entra en vigencia en el año 2008 y se implementa a partir del 2012; nace como respuesta a las necesidades de la población excluida que exige su participación organizada en las comunidades.

El Fortalecimiento del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural, (MAIS-FC) incorporando la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R), es uno de los ejes prioritarios del proceso de transformación del sector salud, su organización e implementación debe responder a las nuevas demandas y necesidades de salud del país que devienen de los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico, a la necesidad de superar las brechas en el acceso a servicios integrales de salud; consolidar la articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud , así como el fortalecimiento de la capacidad resolutive del primero, segundo y tercer nivel de atención.(Modelo de Atención Integral en Salud, Familiar, Comunitario e Intercultural, 2008).

El colombiano Jorge Pereira en su publicación "Midiendo la Satisfacción del Cliente", concreta que la satisfacción del cliente depende no sólo de la calidad de los servicios sino también de las expectativas del cliente. El cliente está satisfecho cuando los servicios cubren o exceden sus expectativas. Si las expectativas del cliente son bajas o si el cliente tiene acceso limitado a cualquiera de los servicios, puede ser que esté satisfecho con recibir servicios relativamente deficientes.

- **Meso contextualización**

La Misión de la Dirección de Salud de Tungurahua en el marco del Sistema de Salud del MSP, busca contribuir a elevar el nivel de salud de la población a través de asesorar, coordinar, aplicar, controlar y vigilar el cumplimiento de las normativas de salud, que garanticen la ejecución de

planes, programas y proyectos, que permitan el acceso integral a los servicios de salud.

La Dirección de Salud de Tungurahua tuvo como visión para el período 2008-2013, ser un ente de conducción del desarrollo integral y sostenido de la salud, basado en la planificación consensuada y participativa, convertida en planes, programas y proyectos, pendientes a generar mecanismos de alta calidad técnica y humana que aseguren la gestión en el cuidado de la salud.

En una publicación en la página web del Ministerio de Salud pública el 25 de marzo del 2011 informa la situación de Salud en Tungurahua y resume que la Dirección Provincial de Salud de Tungurahua mantiene reuniones permanentes de trabajo con Jefes de Áreas y Directores de las distintas casas de salud con el propósito de optimizar los recursos de talento humano y asegurando de un stock permanente de insumos y medicamentos a fin de asegurar el tratamiento que requiere el paciente y evitar la automedicación que es otro de los problemas de salud que se ha generado en la comunidad; recuerde que la salud es un derecho que nos asiste y es obligación de todos cuidarla

En el Nuevo Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque a nivel Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FC), propuesto por el Ministerio de Salud se pretende brindar a todos los usuarios una atención médica con calidad y calidez por ello es necesario que la comunidad colabore acudiendo las Unidades de Salud más cercana a su domicilio , puestos, subcentros y centros de salud donde existen un equipo completo de profesionales compuesto por; médico, odontólogo, enfermera y auxiliares de enfermería, quienes brindarán atención básica en salud completamente gratuita y de presentarse algún problema de salud que requiera atención especializada, la misma unidad remitirá al paciente a una unidad de mayor complejidad como son Hospitales.(Modelo de Atención Integral en Salud, Familiar, Comunitario e Intercultural, 2008)

Con la ejecución de este sistema de atención de salud se pretende descongestionar la atención en los hospitales evitando las colas interminables de usuarios que tienen que permanecer hasta altas horas por conseguir un turno.

Según el INEC, en Tungurahua el número de consultas de morbilidad, primeras y subsecuentes, de emergencia, realizadas por médico en los establecimientos de salud, corresponde a un total de 655.062 pacientes en el año 2012(INEC, Anuario, 2012)

- **Micro contextualización**

El Área de Salud N°3 del cantón Ambato, perteneciente al Distrito de Salud 18D02, está conformado por varias Unidades Operativas; una de ellas, el Subcentro de Salud de San Fernando.

La parroquia San Fernando se encuentra ubicado en la parte occidental de la provincia de Tungurahua a 22 Km de la ciudad de Ambato, capital de la provincia, al margen derecho de la antigua “Vía Flores” a la ciudad de Guaranda.

En el sector Tambaló de la Parroquia San Fernando la situación de salud es una problemática actual ya que para reducir la enfermedad y muerte causada por las enfermedades comunes la ayuda debe darse en forma integral, tomando en cuenta la interpelación de las enfermedades, pues, el tratamiento de las mismas en forma aislada, son soluciones parciales a un problema de salud general, esto no sucede y lo que es más se presentan otros factores que inciden en este problema:

La desnutrición crónica representa un grave problema de salud infantil prevalente en las comunidades, especialmente en este sector. Entre las enfermedades más frecuentes se encuentra la parasitosis, escabiosas, de tipo dermatológico, IRAs y EDAs.

Según la revisión previa de partes diarios tanto de Medicina, Odontología y Enfermería, se calcula que aproximadamente un total de 20 pacientes son atendidos por Medicina General, 10 por Odontología y 5 por Enfermería (Vacunación). De los cuales los diagnósticos más frecuentes para consulta médica son Infecciones Respiratorias Altas y Bajas, Resfriado Común y Planificación Familiar: en lo que se refiere a odontología, son más frecuentes restauraciones y extracciones, por otra parte en los partes diarios de vacunación, se registran las dosis de BCG, Hb, Pentavalente, Neumococo, Rotavirus, OPV, SRP, SR, Varicela, Fiebre Amarilla y Refuerzos de OPV y DPT, Vacunación en MEF dT.

Árbol de problemas

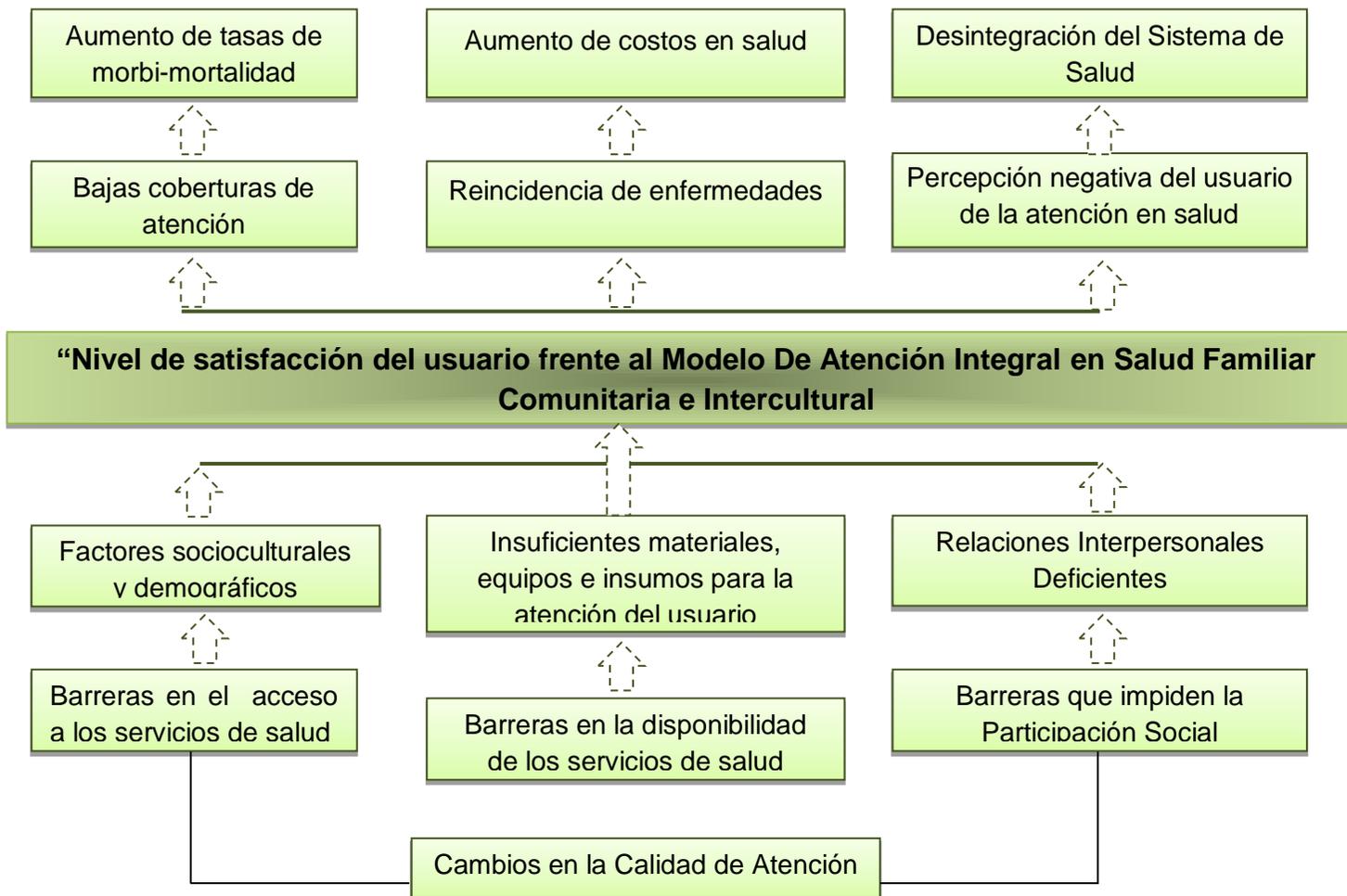


Ilustración 1: Árbol de problemas

1.2.2 Análisis Crítico

La investigación se orienta a identificar la satisfacción del usuario frente a la aplicación del MAIS a nivel familiar, comunitario e intercultural, el presente trabajo investigativo está orientado a establecer el impacto que genera el “Nuevo Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural” en la calidad de vida del usuario de salud, permitiendo la aplicación de nuevas estrategias para mejorar el acceso a la salud de manera equitativa, esta investigación, parte del concepto de Salud establecido por la OMS, y se encuentra como norma constitucional en el Art. 32 de la Constitución Ecuatoriana, que enuncia los derechos que se sustenta en el buen vivir y la definición de Atención Primaria de Salud (APS) replanteada en el año 2005, en los artículos 358 al 360, como un mecanismo de fuerza moral para recordar a los Estados del mundo su deber para con los ciudadanos, de construir un sistema de salud, que sea consustancial a la categoría del ser humano, sin importar su raza, condición o nacionalidad, desde esta perspectiva, la salud es reconocida como un derecho fundamental garantizado por el Estado, y se constituye en un eje estratégico para el desarrollo y el logro del Buen Vivir.

El reto actual es profundizar la Revolución en Salud mediante cambios estructurales que permitan el cumplimiento de los mandatos Constitucionales, entre ellos están el fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria Nacional, el reposicionamiento de la estrategia de Atención Primaria de Salud como eje articulador del Sistema Nacional de Salud, la reingeniería institucional pública y privada, la articulación y fortalecimiento de Red Pública y Complementaria cuya organización sea de base territorial, de acuerdo a la nueva estructura de gestión del Estado, y la reorientación del Modelo de Atención y Gestión del Sistema de Salud, en función de alcanzar la integralidad, calidad, equidad, tendiente a obtener resultados de impacto social.

Cambios que tienen como principio fundamental el derecho a la salud de la población, a través de la generación de condiciones para la construcción y cuidado de la misma, y que se reflejan en la calidad de atención asistencia prestada a los usuarios, la satisfacción del usuario puede verse afectada debido a las barreras de acceso y disponibilidad de los servicios de salud que se pueden presentar en la comunidad, además los cambios en la calidad de atención también constituyen un factor directamente proporcional a la satisfacción del usuario, por otra parte, la participación en la comunidad es importante en la promoción de los servicios de salud, las barreras de interrelación entre el personal de salud con los actores sociales de la comunidad influyen notablemente en el problema de investigación, en las coberturas de atención, las tasas de morbi-mortalidad, y en los costos de atención en salud.

1.2.3 Prognosis

De no investigarse la problemática mencionada se verán truncados los objetivos del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural que tiene como desafío consolidar la implementación del modelo, trabajar con las familias, desarrollar nuevas formas relacionales, ubicar al usuario en el centro de la atención, instalando buenas prácticas, desarrollando intervenciones orientadas hacia resultados de impacto social. Desde la convicción de que el enfoque biopsicosocial, multidisciplinario e intercultural, son la alternativa para responder de manera más efectiva a las necesidades de las personas, familias y comunidades, contribuyendo a mejorar su calidad de vida.

Además es importante recalcar que cuando la calidad de los servicios prestados es ineficiente, las coberturas de atención en salud decaen notablemente, aumentando el riesgo de morbi-mortalidad en la comunidad, haciendo que los costos en el tratamiento de las diferentes patologías sean elevados para el país.

1.2.4 Formulación del problema

¿Cuál es el nivel de satisfacción del usuario frente al Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural aplicado en la Parroquia San Fernando, sector Tambaló?

1.2.5 Preguntas directrices

¿Qué nivel de satisfacción tiene el usuario del sector Tambaló frente al Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural”?

¿Cómo se aplica el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural en la comunidad de Tambaló de la Parroquia San Fernando?

¿Qué medidas se debe tomar frente al nivel de satisfacción del usuario frente al Modelo de Atención Integral en Salud?

1.2.6 Delimitación del problema

Delimitación de contenido:

Campo: Salud Pública

Área: Atención Primaria en Salud

Aspecto: Nivel de satisfacción del usuario frente al Modelo de Atención Integral En Salud Familiar Comunitario e Intercultural

Delimitación Temporal: La presente investigación cubrirá el período de enero a junio del 2014

Delimitación Espacial: El problema en mención se analizará en el sector Tambaló de la Parroquia de San Fernando, Cantón Ambato, Provincia de Tungurahua.

1.3 Justificación

Es necesaria e imprescindible la elaboración y difusión de estudios donde se analice la problemática ya que es necesario caracterizar el nivel de satisfacción del usuario como primer paso para identificar problemas relacionados con las estrategias de intervención en el nuevo Modelo de Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural. La elaboración del presente trabajo tiene interés social ya que pretende determinar el impacto del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural en el Nivel de satisfacción del usuario, además tiene gran importancia ya que se pretende el fortalecimiento de la calidad de atención en salud para los usuarios.

La investigación es factible porque se cuenta con el apoyo del personal de Salud que labora en el Subcentro de Salud de la Parroquia San Fernando, sobre todo para acceder a la recolección de la información a través de las técnicas de investigación. En cuanto al financiamiento será cubierto por la investigadora

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

- Establecer el nivel de satisfacción del usuario frente al Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural.

1.4.2 Objetivos específicos

- Valorar el grado de satisfacción del usuario del Sector Tambaló frente al Modelo de Atención Integral en Salud.
- Determinar la aplicación del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural en la comunidad de Tambaló de la Parroquia San Fernando.
- Proponer estrategias que contribuyan al fortalecimiento del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural en la Parroquia San Fernando.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes investigativos

En el estudio realizado por Cocha G. y Velasteguí O. (2012) con el tema "NUEVO MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD FAMILIAR, COMUNITARIO E INTERCULTURAL. PARROQUIA IZAMBA- SECTOR LA MERCED" concluyen que la implementación del "Nuevo Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural" tiene una cobertura del 32% y a través de la aplicación de las fichas familiares, permitieron la identificación de los diferentes riesgos para la salud como: la existencia de los riesgos biológicos estuvo focalizado en el sexo femenino, con un 35% de mujeres sin DOC uterino y embarazadas sin controles prenatales en un 40%. Además de la identificación de riesgos sanitarios como la presencia de animales intradomiciliarios en un 50% de familias con alto riesgo de zoonosis, así como la mala eliminación de basura en un 33% y de desechos líquidos en un 32%.

En una tesis de diplomado en gerencia y calidad en servicios de salud por Castillo. G, (2012) con el tema "GRADO DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO CON LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA QUE SE DESARROLLA EN EL CENTRO MÉDICO ESMIL" concluye El conocimiento de la opinión del paciente sobre los servicios recibidos en la consulta Externa del Centro Médico ESMIL es una vía para mejorar la calidad de las prestaciones y la propia imagen del Centro Médico. La satisfacción del usuario es el objetivo y resultado de la asistencia médica y una medida útil de su calidad.

2.2 Fundamentación filosófica

La presente investigación está basada en el paradigma Crítico-Propositivo.

Crítico porque cuestiona los esquemas-molde de hacer investigación que están comprendidas con la lógica instrumental del poder; porque impugna las explicaciones reducidas a causalidad lineal.

Propositivo en cuanto la investigación no se detiene en la contemplación pasiva de los fenómenos, sino que además plantea alternativas de solución construidas en un clima de sinergia y pro actividad.

Este enfoque privilegia la interpretación, comprensión y explicación de los fenómenos sociales en perspectiva de totalidad. Busca la esencia de los mismos al analizarlos inmersos en una red de interrelaciones e interacciones, en la dinámica de las contradicciones que generan cambios cualitativos profundos.

La investigación está comprendida con los seres humanos y su crecimiento en comunidad de manera solidaria y equitativa, y por eso propicia la participación de los actores sociales en calidad de protagonistas durante todo el proceso de estudio.

Este paradigma se fundamenta ontológicamente en la concepción objetiva de la realidad independiente de la conciencia, sujeto a leyes y en permanente cambio y movimiento; una realidad socialmente construida e interrelacionada en sistemas, dentro de una visión de relativismo científico, que conceptualiza a la ciencia en devenir, nunca acabada, en espiral ascendente abierta y progresiva, que no refleja,

Epistemológicamente defiende que el conocimiento no es una simple información, sino una interrelación entre sujeto y objeto para lograr transformaciones, y que los conocimientos científicos van más allá de la comprobación experimental y formulación matemática, para llegar a una comprensión crítica de ciencia, como un conjunto de conocimientos

destinados a la transformación social y al mejoramiento de la calidad de vida del ser humano.

Axiológicamente, esta investigación se sustenta en el compromiso por el bien común de la humanidad, en la práctica de los valores más trascendentales de la sociedad, como el de la solidaridad, la tolerancia, el respeto a las diferencias y la defensa por la identidad cultural de nuestro pueblo.

La presente investigación se fundamenta en el paradigma crítico propositivo por cuanto busca una alternativa de solución que permita aumentar el nivel de satisfacción del usuario frente al Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitario e Intercultural aplicado en la parroquia san Fernando, en el sector Tambaló.

2.3 Fundamentación legal

Para la realización de esta investigación de toma en consideración la Nueva Constitución Política del Ecuador, llevada a cabo en Montecristi, el 24 de Julio de 2008:

El marco legal relacionado con esta investigación, procede de las siguientes normas vigentes en el país:

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.

En el régimen del buen vivir se establece:

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.

Capítulo III

Art. 35.- Define las personas y grupos de atención prioritaria y establece que la responsabilidad del ámbito público y privado de garantizar una atención prioritaria y especializada.

El Estado prestará especial protección a las personas en doble condición de vulnerabilidad. Con respecto a estos grupos en varios articulados menciona sus derechos en salud.

Art. 66.- Se reconoce y garantizará a las personas: El derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, y su vida y orientación sexual. El Estado promoverá el acceso a los medios necesarios para que estas decisiones se den en condiciones seguras

Sobre el Sistema Nacional de Salud (SNS) en los artículos 358, 359, 360 y 361 establecen su creación, los principios, los componentes, características y garantías que debe cumplir para garantizar el derecho a la salud de toda la población. Establece también las características del Modelo Integral de Salud y la estructuración de la Red Pública de Salud.

En el Art. 361 establece que los servicios públicos de salud serán universales y gratuitos Art. 361 Señala que el Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector y en el Art. 363 las responsabilidades del Estado para garantizar el ejercicio del derecho a la salud. La actual Constitución también promueve la participación de la comunidad en todos ámbitos y se constituye como el Quinto Poder del Estado (Art. 95, 208)

Derechos del usuario

Los usuarios del sector salud, público y privado gozaran de los siguientes derechos:

- Acceso a los servicios de salud garantizándolos conforme a la presente ley.
- Trato equitativo en las prestaciones y en especial la gratuidad de los servicios de salud públicos a la población vulnerable y son vulnerables todas aquellas personas que no dispone de recursos para satisfacer las necesidades mínimas para su desarrollo humano, y se incluyen los grupos especiales entre ellos el binomio madre – niño, personas de la tercera edad y discapacitados.
- Gratuidad de los servicios en el sector público, cuando el usuario forma parte de la población vulnerable, con prioridad en el área materno infantil.
- A ser informada de manera completa y continua, en términos razonables de comprensión y considerando el estado psíquico incluyendo el nombre facultativo, diagnóstico, pronóstico, y alternativa de tratamiento y a recibir consejería por personal capacitado.
- Confidencialidad y sigilo de toda la información, su expediente y su instancia en la unidad de salud salvo en casos legales.

- Respeto a su persona, dignidad humana e intimidad sin que pueda ser discriminado por razones de raza, de tipo social, del sexo, moral, económico, ideológico, político o sindical.
- A no ser objeto de experimentación para la aplicación de medicamentos o procedimientos diagnóstico, terapéutica y pronóstico.
- El usuario tiene derecho, frente a la obligación correspondiente del médico de asignar, que se le comunique todo aquello que sea necesario para el debido consentimiento.
- A efectuar reclamos y hacer sugerencias en los plazos previstos.
- A exigir que los servicios que se les prestan para la atención cumplan con los estándares de calidad tanto en los procedimientos como en la práctica.

2.4 Categorías Fundamentales

SUPRA ORDINACIÓN

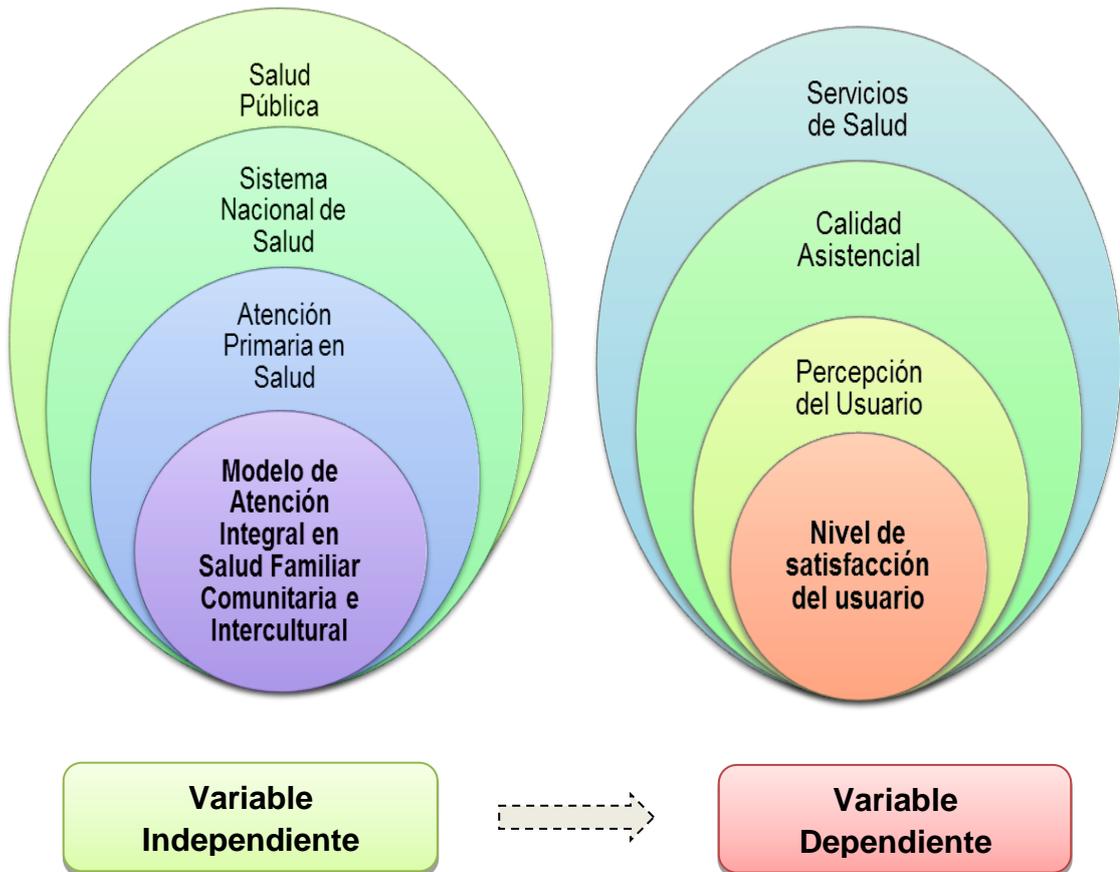


Ilustración 2: Red de Categorías Fundamentales de las Variables

Elaborado por: Lissette Rivera.

INFRAORDINACIÓN

Constelación de Ideas de la Variable Independiente

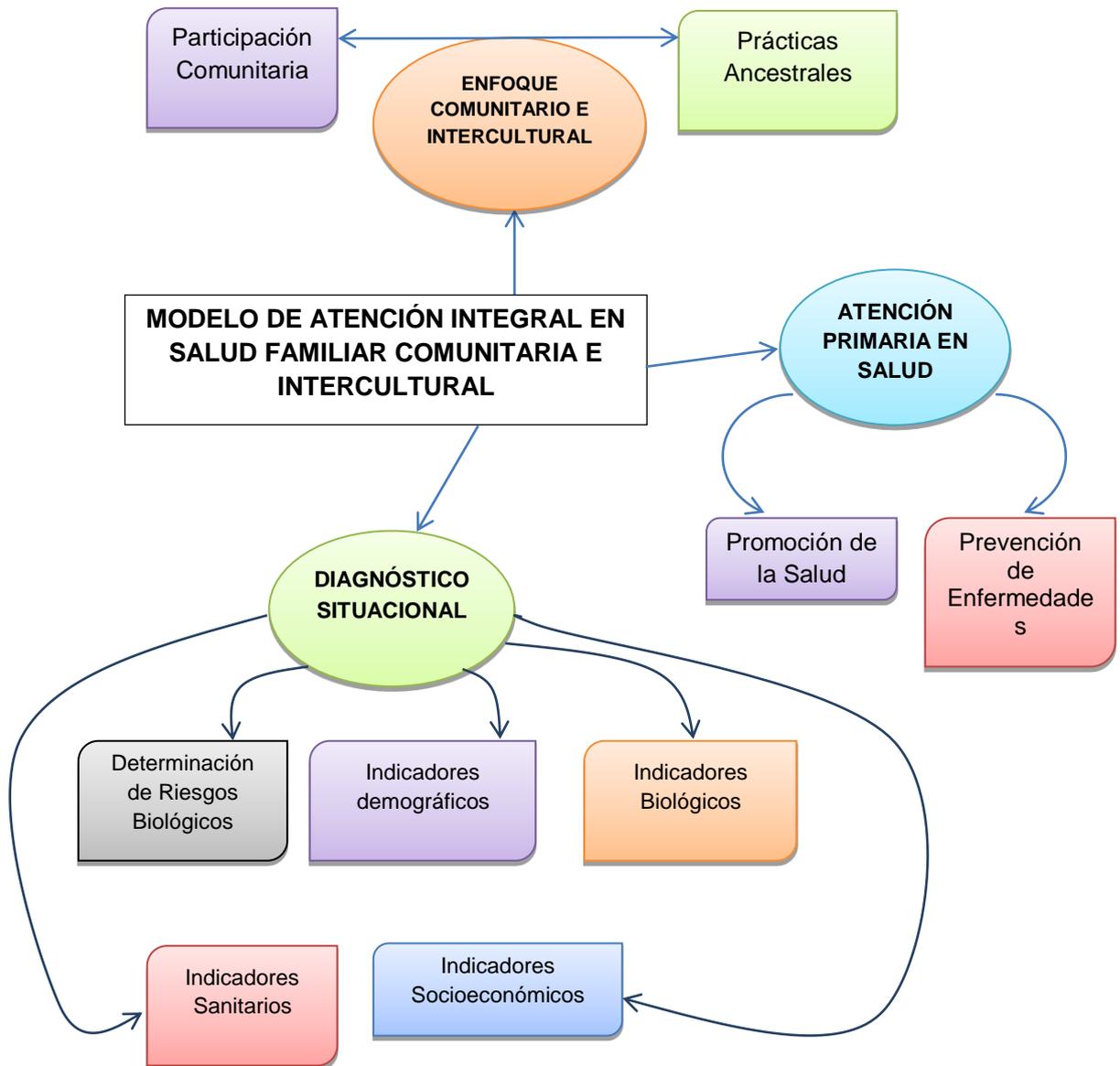


Ilustración 3: Constelación de Ideas de la Variable Independiente

Elaborado por: Lissette Rivera.

Constelación de Ideas de la Variable Dependiente

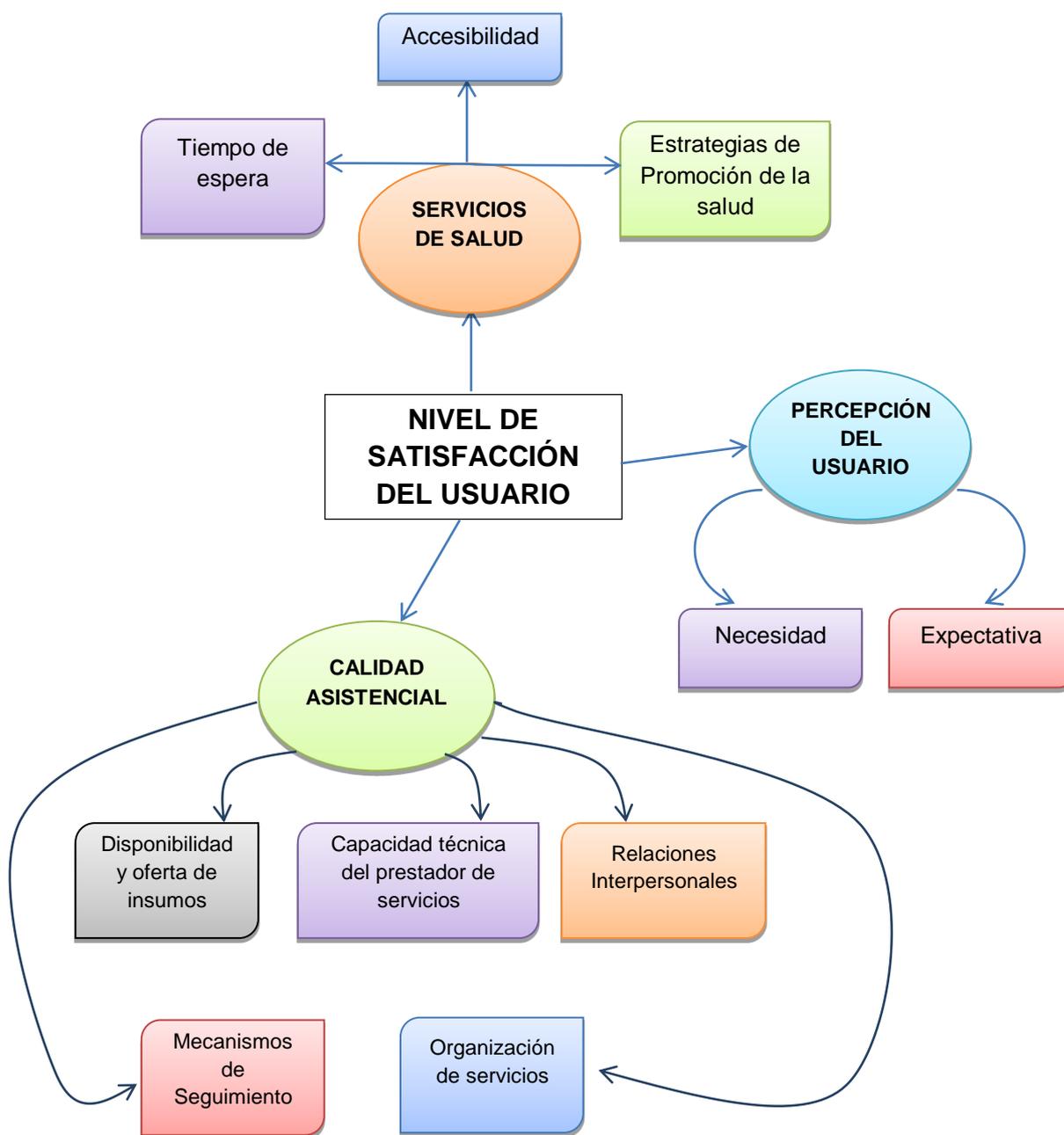


Ilustración 4: Constelación de Ideas de la Variable Dependiente

Elaborado por: Lissette Rivera.

CATEGORÍAS FUNDAMENTALES VARIABLE INDEPENDIENTE

2.5 Fundamentación Teórica

2.5.1 Modelo de Atención Integral, Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI)

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

Con este nuevo modelo se pretende que la atención de salud comprenda un conjunto de sistemas, procesos y acciones que permitirán reorganizar la oferta sanitaria o social para cubrir las necesidades de salud de la población.

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

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

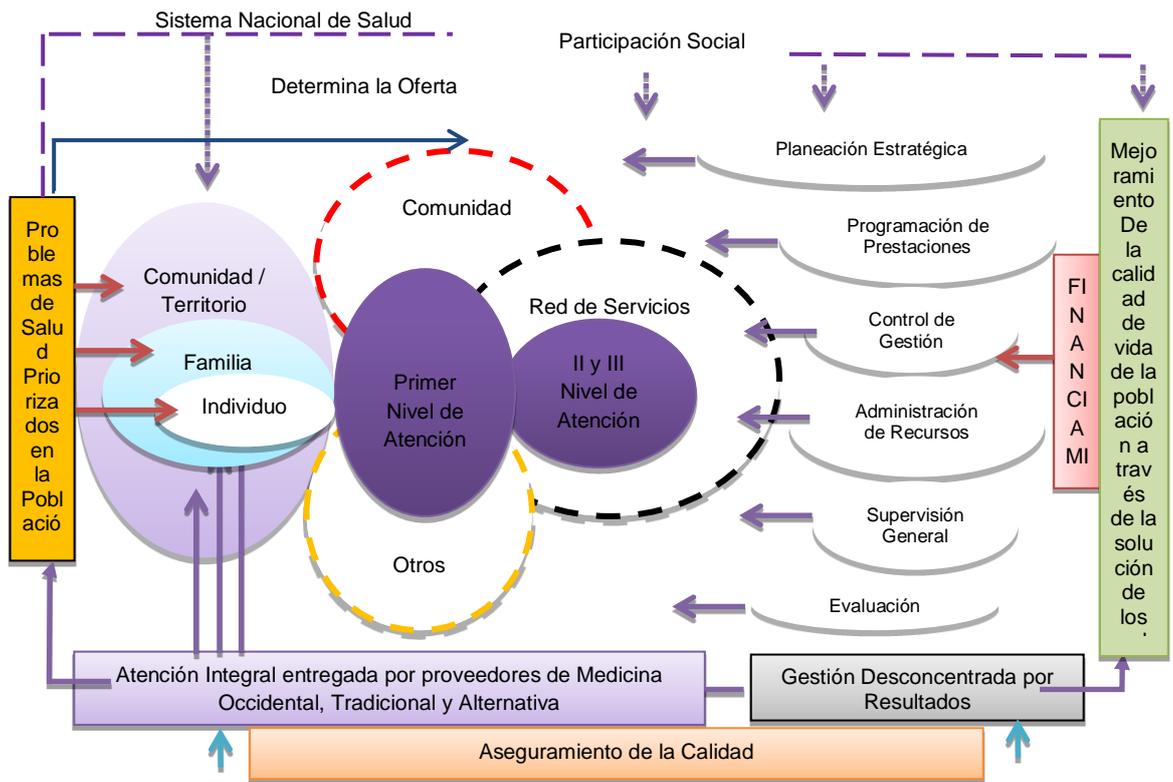


Ilustración 5: Diagrama de Atención del MAIS-FCI

Fuente: Manual Modelo de Atención en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) 2012

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

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

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

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

Objetivo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural

Integrar y consolidar la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R) en los tres niveles de atención, reorientando los servicios de salud hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, fortalecer el proceso de la recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos para brindar una atención integral, de calidad y de profundo respeto a las personas en su diversidad y su entorno, con énfasis en la participación organizada de los sujetos sociales.

Componentes del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural

- ✓ Componente de Provisión de Servicios
- ✓ Componente de Organización
- ✓ Componente de Gestión

✓ Componente de Financiamiento

El Componente de Provisión de Servicios de Salud se relaciona con la oferta de servicios integrales e integrados de salud, garantizando la continuidad en la atención y respondiendo a las necesidades de salud de la población, a nivel individual, familiar y comunitario

La Autoridad Sanitaria Nacional (2012) lo define como conjunto de prestaciones integrales de salud (considerando las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales de la persona, integrando las acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación, cuidados paliativos), así como las prioridades nacionales de intervención, que deben ser implementadas por las unidades y equipos de salud de la red pública y complementaria, bajo los lineamientos, normas y protocolos construidos participativamente bajo el liderazgo de la Autoridad Sanitaria Nacional (ASN)

Se consideran 4 elementos principales en la Provisión de Servicios de Salud:

- ✓ Grupos de población a quienes se entregará la atención
- ✓ Conjunto de prestaciones por ciclos de vida.
- ✓ Escenarios de atención
- ✓ Modalidades de Atención

La definición de los grupos poblacionales se sustenta en los siguientes criterios: ciclos de vida individual – familiar, grupos prioritarios establecidos en la Constitución de la República y grupos expuestos a condiciones específicas de riesgo laboral, ambiental y social.

En el primer elemento, las atenciones en salud se entregan acorde a las especificidades de cada grupo etéreo (enfoque de género y generacional) al que pertenece, garantizando una atención integral durante todo el ciclo vital, de la siguiente forma:

Ciclos de Vida

Ciclo de Vida	Grupos de edad			
Niñez 0 a 9 años	Recién nacido de 0 a 28 días	1 mes a 11 meses	1 año a 4 años	5 años a 9 años
Adolescencia 10 a 19 años	Primera etapa de la adolescencia de 10 a 14 años		Segunda etapa de la adolescencia de 15 a 19 años	
Adultos/as	20 a 64 años Adulto joven: 20 a 39 años Adulto 40 a 64			
Adulto/a mayor	Más de 65 años			

Ilustración 6: Ciclos de vida por grupos etáreos

Fuente: Manual Modelo de Atención en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) 2012

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

Personas y familias en las que alguno de sus miembros tiene problemas de salud en fase terminal y requieren cuidados paliativos, el equipo de salud tiene la responsabilidad de brindar atención permanente, continua, de acuerdo a los protocolos de cuidados paliativos tanto a la persona como a la familia.

El MSP brinda atención a estos grupos a través de estrategias integrales e integradas de atención con la Red Pública y Complementaria que en el MAIS-FCI se incorporan de manera transversal.

Los grupos con riesgos específicos de acuerdo a condiciones sociales, ambientales, laborales pueden variar de acuerdo al contexto histórico, social y en espacios socio-territoriales concretos, por lo que los equipos

de salud tienen la responsabilidad de identificar las condiciones y riesgos, intervenir para el cuidado y atención de su salud, por ejemplo familias en riesgo biológico, psicológico y social identificadas por los equipos de salud en las visitas domiciliarias, trabajadores con riesgos laborales, comunidades que están sujetas a riesgos ambientales.

El segundo elemento, que se refiere al conjunto de prestaciones por ciclos de vida, se define como el conjunto de prestaciones a una relación ordenada en que se incluyen y describen el conjunto de derechos concretos, explícitamente definidos, en términos de servicios, tecnologías o pares de estados necesidad-tratamiento, que el sistema de salud se compromete a proveer a una colectividad, para permitirle acceder a ellos independientemente de su capacidad financiera y situación laboral.

Los escenarios de atención se refieren al enfoque hacia donde se dirige la atención en salud, describiendo así:

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

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

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

Atención al ambiente o entorno natural,- la provisión de servicios debe incorporar también estrategias y acciones orientadas al cuidado ambiental como uno de los determinantes más importantes de la salud. El deterioro ambiental, la contaminación, el impacto del cambio climático están ocasionando graves riesgos y problemas de salud en la población que deben ser enfrenados con acciones de prevención, promoción de estilos de vida saludables, educación e información sobre los riesgos ambientales. El cuidado de la salud y el entorno implica intervenciones intersectoriales y con la activa participación de la comunidad.

El cuarto elemento de la Provisión de Servicios de Salud se refiere a las Modalidades de Atención de los equipos integrales de salud en los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud, y se destaca lo siguiente:

Atención intramural proporcionada por los establecimientos de salud de los tres niveles de atención

Atención intramural o en la unidad de salud: La atención intramural es la que se brinda en la unidad de salud implementando el conjunto de prestaciones por ciclos de vida, que articula acciones de recuperación de la salud, prevención de riesgos y enfermedad, promoción de la salud, cuidados paliativos y rehabilitación. Se implementa bajo las normas, protocolos y guías clínicas de atención establecidas por la ASN que son de cumplimiento obligatorio para todas las unidades de la Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria.

La atención integral a nivel intramural debe garantizar calidad, calidez, oportunidad y continuidad en las acciones y sustentarse en una relación de respeto y reconocimiento de los derechos de las personas.

Las actividades intramurales contemplan también los procesos de formación y capacitación en servicio para el equipo integral de salud y la investigación de acuerdo a las prioridades nacionales y la realidad local.

- Desarrollarán las actividades según su nivel de resolución: de atención de especialidad, morbilidad, preventivas y de promoción de la salud, aplicando el conjunto de prestaciones integrales por ciclo de vida y las Normas de Atención del MSP, las cuales deberán ser planificadas anualmente para estimar el volumen de atenciones y la cantidad de insumos y medicamentos que requieren las unidades de los tres niveles de atención.
- Se realizará actividades informativas y educativas a usuarios/as
- Actividades de entrenamiento práctico para los TAPS en el caso de las unidades de primer nivel de atención.

Atención Extramural o Comunitaria proporcionados principalmente por los establecimientos operativos de primer nivel

Atención extramural o comunitaria: El objetivo es el Cuidado de la Salud a través de medidas que se orienten a la identificación y control de riesgos a nivel individual, familiar, comunitario y del entorno, implementación de estrategias y acciones de prevención, promoción de la salud, educación sanitaria, fortalecimiento de la participación ciudadana y de la coordinación intersectorial para actuar sobre los determinantes de la salud y contribuir al desarrollo integral a nivel local. Lo ejecutan fundamentalmente los Equipos de Atención Integral de primer nivel de atención quienes realizan:

- a) Actividades de organización comunitaria involucrando a los actores sociales de la zona de cobertura para trabajar sobre los problemas prioritarios de la población.
- b) Identificación oportuna de riesgos y/o daños en individuos, familias y comunidad e implementación de planes de atención.
- c) Actividades sistemáticas de promoción de la salud a nivel individual, familiar y comunitario.
- d) Atención a población priorizadas y comunidades alejadas.
- e) Realizar identificación de eventos centinela para la realización de medidas epidemiológicas oportunas.

Estrategias y Herramientas para brindar las prestaciones integrales de salud: visita domiciliaria y ficha familiar

VISITA DOMICILIARIA

La visita domiciliaria es el encuentro o acercamiento del equipo de salud al domicilio del usuario, familia y/o Comunidad; suele responder a una necesidad identificada por un miembro del Equipo de Salud, que tras la valoración del usuario, decide un plan de intervención a seguir en el

domicilio y la periodicidad de los mismos, sobre aspectos de salud y detección de problemas que rodean a la familia: biológico, psicológico, social y ambiental, dando opción al descubrimiento de factores de riesgo y a la corrección de los mismos.

Con esta nueva visión que encierra en un todo, lo biológico y psicosocial, lo sanitario y lo social, en un escenario y con una estrategia de intervención específicos, el hogar y la atención domiciliaria; el equipo básico de salud deberá asumir el reto de una atención integral, individual y familiar. Para poder afrontar con éxito este nuevo abordaje, es necesario aprender nuevos conceptos y sobre todo capacitarse para utilizar otros instrumentos, de forma que un mismo profesional pueda atender los aspectos biomédicos y psicosociales y coordinar los recursos sanitarios y sociales.

En la Visita Domiciliaria se realizan las siguientes actividades:

- ✓ Diagnosticar los riesgos para la salud.
- ✓ Planificar actividades terapéuticas, los cuidados y la rehabilitación.
- ✓ Transferir lo clínico a lo psicosocial.
- ✓ Estudiar los riesgos en el contexto familiar, analizando las repercusiones sobre la familia, evaluando de forma especial las repercusiones sobre la organización y función familiar.
- ✓ Evaluar los apoyos informales y la necesidad de utilizar los recursos formales de la comunidad.
- ✓ Realizar el diagnóstico, decidir la intervención y planificar el seguimiento del proceso clínico-familiar y de las visitas domiciliarias programadas.
- ✓ Realizar una evaluación dinámica, organizada y continua del estado de salud de las personas en una comunidad determinada, y supone su registro, diagnóstico, intervención y seguimiento con el propósito de influir en la mejoría de su estado de salud, mediante la planificación y desarrollo de intervenciones que contribuyan a ello.

- ✓ Evaluar con un examen integral de cada persona independiente de su estado de salud con un abordaje al individuo biológica, psicológica y socialmente, lo que posibilita clasificarlo en diferentes categorías: aparentemente sano, con factores de riesgo, con patologías crónicas, y con deficiencias/discapacidades.
- ✓ Intervenir con medidas al individuo para promover salud, evitar daños, tratando de modificar positivamente o eliminar cualquier condición que pueda favorecer la enfermedad. A su vez completa la aplicación de procedimientos y acciones educativas o terapéuticas en las cuales estar o no presente la prescripción de medicamentos.
- ✓ Seguimiento, como un proceso continuo, donde se producen ajustes sistemáticos de la atención y las intervenciones, en dependencia de las variaciones en el estado de salud/enfermedad individual y la respuesta a las medidas previamente aplicadas.

FICHA FAMILIAR:

La ficha familiar es un instrumento de registro, diagnóstico y seguimiento que proporciona información básica de las condiciones de salud de las personas, las familias, su ambiente y de las acciones realizadas por el personal de salud

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

La ficha familiar sirve como herramienta para recolectar información de la familia y comunidad sobre salud, vivienda, educación, etc. Como información e instrumento de registro de las acciones en salud y por ende como un documento de planificación y gestión de salud; además permite trabajar e identificar los riesgos de las familias; y puede ser utilizada por

diferentes programas y proyectos de distintos Ministerios para encaminar decisiones conjuntas.

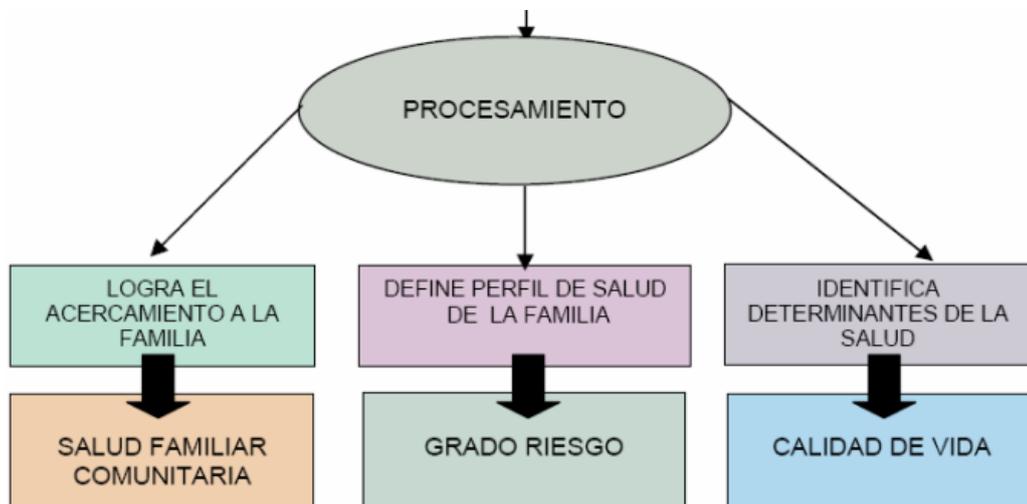


Ilustración 7: Diagrama de la Ficha Familiar del MAIS-FCI

Fuente: Manual Modelo de Atención en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) 2012

Calificación del riesgo familiar:

Este bloque identifica los grupos de riesgo en 3 categorías, y a cada uno le da variables para ser llenadas:

Riesgos Biológicos: Vacunación incompleta, malnutrición, enfermedades de impacto, embarazadas con problemas, discapacidad, y personas con problemas mentales.

Riesgos Sanitarios: Consumo de agua insegura, mala eliminación de basura y excretas, mala eliminación de desechos líquidos, impacto ecológico por industrias y animales intradomiciliarios.

Riesgos Socioeconómicos: Pobreza, desempleo, empleo informal del jefe de la familia, analfabetismo y desestructuración familiar, violencia, alcoholismo, drogadicción, malas condiciones de la vivienda y hacinamiento.

Calificación: y cada ítem tiene un valor de 0 a 4 puntos luego se sumará estos valores y nos darán una calificación total con los siguientes rangos según la guía del manejo de la ficha familiar:

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

· **Lugar o Persona a la que Acuden al Tratamiento:** Aquí se registrará cual es el lugar o centro de prestación de salud al que acude la familia, sea de medicina tradicional, convencional o alternativa.

· **Evaluación Del Riesgo Familiar:** Comprende 3 bloques de riesgo, actividades programadas por la familia, y el equipo de trabajo así como la evaluación del cumplimiento (sí, no o parcialmente).

Observaciones de lo que llame la atención o incluso del incumplimiento aquí está la fecha de la evaluación y firma del responsable del llenado.

2.5.2 Atención Primaria en Salud:

La declaración de Alma Ata (1978) definió a la Atención Primaria en Salud como: "...La atención esencial de salud basada en métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, así como con tecnología universalmente accesible para los individuos y las familias en la comunidad, a través de su total participación y a un costo que la comunidad y el país puedan mantener..." El primer elemento de un proceso continuo de atención en salud, es el primer contacto con los individuos, la familia, y la comunidad, lo que implica llevar los servicios a donde la gente vive y trabaja.

La Organización Mundial de la Salud (2014) define que la Atención Primaria en Salud (APS) es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y

forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.

ENFOQUES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, OPS 2005)

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

- **Atención Primaria Selectiva (APSS):** Se enfoca en torno a un número limitado de servicios que tengan alto impacto, dirigidos a los países en desarrollo que carecen de recursos para implementar cambios más amplios en sus sistemas de salud.

- **Atención Primaria:** Es el puerta de entrada al Sistema de Salud, es el lugar donde se va a dar la atención y a donde va a acudir la población. Este concepto está relacionado con la disponibilidad de médicos con especialización en medicina general o familiar; enfoque que está comenzando a expandirse, para incluir acciones en la comunidad.

- **Alma Ata “APS Integral”:** La declaración de Alma Ata define a la APS como el primer nivel de atención integral e integrada que incluye elementos de participación comunitaria, coordinación intersectorial y confianza en diversos trabajadores de la salud y profesionales tradicionales.

- **Enfoque de Salud y Derechos Humanos:** Este enfoque hace hincapié en el concepto de salud como un derecho humano y la necesidad de abordar los amplios determinantes sociales y políticos de la salud. Defiende que el contexto social y político de la APS ha dejado atrás los aspectos específicos de la enfermedad, enfatizando que las políticas de

desarrollo deben ser más inclusivas, dinámicas, transparentes, respaldadas por la legislación y sustentadas por compromisos financieros, para lograr mejoras de salud equitativas.

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

Los principales campos de acción en los que la APS ha hecho mejoras son en: Inmunizaciones, Salud Materno-Infantil, Prevención y Tratamiento de enfermedades crónicas, acceso a medicamentos esenciales, esperanza de vida, promoción de la salud, salud pública, entre otras.

Teniendo en cuenta que la APS se implementó en 1950 y a pesar de las diferencias que son evidentes se han conseguido logros en los indicadores de salud, como ejemplo: Disminución de la mortalidad infantil en un 25%, aumento de la esperanza de vida a 74 años, disminución de las enfermedades transmisibles y muertes perinatales, ampliación de la cobertura de inmunizaciones (sobrepasando el 80%), erradicación de enfermedades como la polio, y en gran medida la difteria, sarampión y tosferina, de las cuales se han diagnosticado muy pocos casos.

2.5.3 Sistema Nacional de Salud

Según la **OMS (2002)**, el sistema de salud abarca todas las organizaciones, las instituciones y los recursos de los que emanan iniciativas cuya principal finalidad es mejorar la salud, y destaca tres objetivos importantes de los sistemas de salud; mejorar la salud de la población, ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud y garantizar seguridad financiera en materia de salud.

La **Constitución Ecuatoriana (2008)** en sus definiciones aclara que el Sistema Nacional de Salud tiene por finalidad mejorar el nivel de salud y vida de la población ecuatoriana y hacer efectivo el ejercicio del derecho a

la salud. Estará constituido por las entidades públicas, privadas, autónomas y comunitarias del sector salud, que se articulan funcionamiento sobre la base de principios, políticas, objetivos y normas comunes.

Organización del Sistema Nacional de Salud en el Ecuador:

La organización de los servicios de salud en niveles de atención, permite organizar la oferta de servicios para garantizar la capacidad resolutive y continuidad requerida para dar respuesta a las necesidades y problemas de salud de la población.

El nivel de atención es un conjunto de establecimientos de salud que bajo un marco normativo, legal y jurídico, establece niveles de complejidad necesarios para resolver con eficacia y eficiencia necesidades de salud de diferente magnitud y severidad, se organizan de acuerdo al tipo de servicios que deben prestar, estándares de calidad en infraestructura, equipamiento, talento humano, nivel tecnológico y articulación para garantizar continuidad y el acceso escalonado de acuerdo a los requerimientos de las personas hasta la resolución de los problemas o necesidades de salud.

El **Acuerdo Ministerial No 0.01203** establece que en todos los establecimientos de salud se aplicará la Estrategia de Atención Primaria de Salud acorde a las necesidades de la población. Establece también que el sector salud representado por el Ministerio de Salud Pública, promoverá la investigación científica, y su integración con la actividad asistencial y docente en todas las unidades de salud que conforman el Sistema Nacional de Salud, y orientará al abordaje de los problemas de salud prioritarios. Señala que el flujo del usuario se regirá estrictamente según la normativa del Sistema de Referencia y Contrareferencia emitida por el Ministerio de Salud Pública.

Se ha definido la distribución de los servicios de salud por niveles de atención y acorde a la tipología:

Niveles de Atención



Ilustración 8: Niveles de Atención del Sistema Nacional de Salud

Fuente: Manual Modelo de Atención en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) 2012

El I Nivel de Atención, por su contacto directo con la comunidad debe cubrir a toda la población, este nivel debe resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes de la comunidad. Los servicios darán atención integral dirigida a la familia, individuo y comunidad, enfatizando en la promoción y prevención. Estas actividades serán intra y extramurales.

El II Nivel de Atención, comprende todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquellas que requieran hospitalización. Constituye el escalón de referencia inmediata del I Nivel de Atención. Se desarrolla nuevas modalidades de atención no basadas exclusivamente en la cama hospitalaria, tales como la cirugía ambulatoria, el hospital del día. (Centro clínico quirúrgico ambulatorio).

Da continuidad a la atención INICIADA en el primer nivel, de los casos no resueltos y que requieren atención especializada a través de tecnología sanitaria de complejidad mayor.

El ingreso al II nivel se lo realizara a través del primer nivel de atención exceptuándose los caso de urgencias médicas que una vez resueltas

serán canalizadas a nivel uno. Se desarrollan actividades de prevención, curación y rehabilitación en ambos niveles.

El III nivel de Atención, corresponde a los establecimientos que prestan servicios ambulatorios y hospitalarios de especialidad y especializados, los centros hospitalarios son de referencia nacional; resuelve los problemas de salud de alta complejidad, tiene recursos de tecnología de punta, intervención quirúrgica de alta severidad, realiza trasplantes, cuidados intensivos, cuenta con subespecialidades reconocidas por la ley; se incluyen los siguientes

El IV nivel de Atención, es el que concentra la experimentación clínica, pre registro o de procedimientos, cuya evidencia no es suficiente para poder instaurarlos en una población, pero que han demostrado buenos resultados casuísticamente o por estudios de menor complejidad.

Estos establecimientos solo serán autorizados en los subsistemas públicos de la Red Pública Interinstitucional de Salud (RPIS).

El nivel de Atención Prehospitalaria, es el nivel de atención autónomo e independiente de los servicios de salud, que oferta atención desde que se comunica un evento que amenaza la salud, en cualquier lugar donde éste ocurra, hasta que él o los pacientes sean admitidos en la unidad de emergencia, u otro establecimiento de salud, cuya capacidad resolutive sea la adecuada.

Tipología de las Unidades Operativas del Sistema Nacional de Salud

NIVELES DE ATENCIÓN, NIVELES DE COMPLEJIDAD, CATEGORÍA Y NOMBRES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD			
NIVELES DE ATENCIÓN	CATEGORÍA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	CATEGORÍA DE ESTABLE. DE SALUD	NOMBRE
Primer nivel de atención	1° nivel	I-1	Puesto de salud
	2° nivel	I-2	Consultorio general
	3° nivel	I-3	Centro de salud – A
	4° nivel	I-4	Centro de salud – B
	5° nivel	I-5	Centro de salud – C
Segundo nivel de atención	AMBULATORIO		
	1° nivel	II-1	Consultorio de especialidad (es) clínico – quirúrgico médico u odontológico
	2° nivel	II-2	Centro de especialidad
		II-3	Centro clínico- quirúrgico ambulatorio (Hospital del Día)
	HOSPITALARIO		
	3° nivel	II-4	Hospital Básico
	4° nivel	II-5	Hospital General
Tercer nivel de atención	AMBULATORIO		
	1° nivel	III-1	Centros especializados
	HOSPITALARIO		
	2° nivel	III-2	Hospital especializado
	3° nivel	III-3	H. de Especialidades
Cuarto nivel de atención	1° nivel	IV-1	Centro de experimentación por registro clínico
	2° nivel	IV-2	Centro de alta Subespecialidad

Ilustración 9: Tipología de las Unidades Operativas del Sistema Nacional de Salud

Fuente: Manual Modelo de Atención en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) 2012

2.5.4 Salud Pública

OMS Fortalecimiento de los Sistemas de Salud (2010) define que es una ciencia y a la vez un arte que consiste en prevenir las enfermedades, prolongar la vida y promocionar la salud utilizando esfuerzos organizados y decisiones con conocimiento de la sociedad, las organizaciones, públicas y privadas, comunidades e individuos"

La **Organización Mundial de la Salud (1948)** dice que "...la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no únicamente la ausencia de enfermedad..."; es decir, que la salud se puede conseguir aun cuando haya enfermedad o discapacidad o puede haber mala salud aún en ausencia de enfermedad. En mi criterio esta definición tiene un enfoque positivista, ya que integra lo biopsicosocial, considerando la salud en su globalidad.

La **Constitución de la República del Ecuador(2008)** en el artículo 32 define que: "...la salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir...".

Para analizar esta definición se debe tener en cuenta la relación que hay entre cultura, interculturalidad y salud, pues como decía **Monseñor Leonidas Proaño (1998)**: "...una sociedad intercultural es aquella en donde se da un proceso dinámico, creativo, sostenido y permanente de relación, comunicación y aprendizaje mutuo...", lo que nos lleva a comprender cómo la gente conoce y hace prácticas de salud distintas a las científicas. Por lo tanto, esto demanda que las unidades de salud organicen y enfoquen su atención en base a las necesidades identificadas en las comunidades, difundan y promocionen sus servicios de salud y articulen su acción con otras organizaciones locales para encontrar soluciones conjuntas a los problemas de salud.

CATEGORÍAS FUNDAMENTALES VARIABLE INDEPENDIENTE

2.5.5 Servicios de Salud

Constituyen una posibilidad verdaderamente única de estar en contacto directo con la población. En la práctica, ello se traduce en acciones de salud basadas en la escucha de las necesidades y la participación de las víctimas en el plan de acción, así como en la ejecución de éste, con los límites potenciales mencionados más arriba, y adaptadas a las especificidades de la cultura local.

En las situaciones estables, la gama de servicios puede ser más amplia y, según los contextos, se puede proponer, por ejemplo, la prestación de servicios de detección de enfermedades crónicas.

Por ejemplo:

- Abastecimiento de agua potable
- Abastecimiento de medicamentos esenciales
- Salud reproductiva
- Salud materno-infantil
- Salud mental
- Vacunación
- Cuidados curativos ambulatorios
- Prevención de enfermedades transmisibles
- Cuidados curativos no ambulatorios
- Promoción de hábitos de higiene
- Tratamiento de enfermedades comunes
- Planificación familiar
- Tamizaje neonatal

Marketing en los servicios de Salud

El mercadeo no crea demanda, pero orienta la administración de la demanda por servicios de salud, como: médicos, odontólogos, laboratorios clínicos, hospitales y empresas de asistencia en salud, entre otros servicios.

El mercadeo trata con los problemas por los que pasa una organización que produce bienes y servicios que van a satisfacer las necesidades de un determinado grupo de personas. Lo importante es detectar necesidades no satisfechas, buscando suplirlas con servicios adecuados.

COBRA, Marcos. Marketing de Servicios (2000) define que planear significa prever los hechos y anticiparse a ellos, y distribuir recursos físicos, humanos, tecnológicos y materiales para obtener buenos resultados en ventas y utilidades mediante la satisfacción de los clientes. Una planeación estratégica exitosa está ligada a ver la empresa con los ojos de los clientes mirándola de afuera hacia adentro. Es importante identificar necesidades, deseos y demandas.

Las necesidades son la más importante fuerza del marketing de servicios de salud la cual debe cumplir la función de alertar y dar a conocer mediante la divulgación de consejos preventivos y orientaciones en todas las fases que anteceden o preceden una enfermedad. El segundo concepto básico es que todos los seres humanos tienen deseos explícitos en el consciente y deseos ocultos en el inconsciente, estos deseos son influenciados por la cultura y la personalidad del individuo.

Un plan de marketing debe realizar un análisis completo de la situación actual de la empresa en el mercado tratando de evaluar de manera objetiva el mercado y sus principales tendencias, los productos y servicios de la empresa (ciclo de vida, curva de servicios, curva de experiencia, y acciones estratégicas), actuación de la competencia, plan detallado de la estrategia de distribución y venta, plan detallado de la comunicación, y

costos y resultados esperados desde el punto de vista económico y financiero.

Los servicios de salud, además de ser considerados intangibles, son considerados pasajeros, pues es un producto no palpable y en el momento en que se presta se termina, pues es consumido inmediatamente lo que impide que sea almacenado o guardado. Todo lo anterior dificulta la comercialización de los servicios de salud.

2.5.6 Calidad asistencial

Definimos calidad, tomando el concepto de **Myers (1969)**, como el grado en que se cumplen las normas en relación con el mejor conocimiento sanitario existente, en cada momento, de acuerdo con los principios y prácticas generalmente aceptados.

Según **Montoya Aguilar (2006)**, define la calidad como el desempeño apropiado (acorde a las normas) de la investigación que se saben son seguras, que la sociedad en mención puede costear y tienen la capacidad de producir impacto sobre la mortalidad, morbilidad, la incapacidad y desnutrición.

Decimos también que es el grado en el cual los servicios de salud para los individuos y poblaciones mejoran la posibilidad de lograr resultados deseados en salud y son congruentes con los conocimientos profesionales actuales.

Otra forma posible de definir la calidad es como el grado en que el servicio prestado se aproxima al prototipo, entendiendo por tal, el modelo óptimo de asistencia que debería prestarse a tal paciente.

El concepto de calidad, aplicado a los Servicios de Salud, se ha incorporado en nuestro país en los últimos años. Esto no implica que históricamente los Servicios de Salud no hayan buscado permanentemente la excelencia.

No se trata exclusivamente de poseer calidad técnica o intrínseca, sino de producir actos de calidad y que esta sea percibida por el usuario.

2.5.7 Percepción del usuario

La percepción, es muy importante en el tema de Calidad de Servicio, ya que esta muchas veces sesga nuestra forma de identificar las necesidades, cualidades o gustos de nuestros clientes. Por este motivo debemos conocer muy bien que es la percepción para evitar caer en errores, tomando en cuenta que la calidad de servicio es subjetiva.

Varo J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios (2000) define a la percepción, como la capacidad de organizar los datos y la información que llega a través de los sentidos en un todo, creando un concepto, basado en nuestra formación y experiencia. Los aspectos que influyen sobre la persona que percibe son:

1. Las necesidades y deseos, es decir, la motivación de la persona la cual le hace percibir aquello que le proporciona satisfacción.
2. Las expectativas, se tiende a percibir lo que se espera, aquello que resulta más familiar.
3. El estilo de cada persona para enfrentarse al ambiente que lo rodea. Algunas personas perciben más un conjunto de detalles, no pudiendo recordar por separado algunas características específicas del objeto, otras en cambio reparan en tales detalles.
4. La educación que recibió en el hogar considerando la forma de ver la vida (dinero, trabajo, valores, religión, etc...)
5. El nivel escolar, la formación académica también guía la forma de ver o sentir las cosas o situaciones.

La percepción debe ser entendida como relativa a la situación histórico-social pues tiene ubicación espacial y temporal, depende de las circunstancias cambiantes y de la adquisición de experiencias novedosas

que incorporen otros elementos a las estructuras perceptuales previas, modificándolas y adecuándolas a las condiciones.

Desde un punto de vista antropológico, según Vargas (1994), la percepción es entendida como la forma de conducta que comprende el proceso de selección y elaboración simbólica de la experiencia sensible, que tienen como límites las capacidades biológicas humanas y el desarrollo de la cualidad innata del hombre para la producción de símbolos.

A través de la vivencia la percepción atribuye características cualitativas a los objetos o circunstancias del entorno mediante referentes que se elaboran desde sistemas culturales e ideológicos específicos construidos y reconstruidos por el grupo social, lo cual permite generar evidencias sobre la realidad.

En resumen se puede concluir en que toda la información y los estímulos que se captan por los sentidos, más aquellos aspectos que influyen en la forma de percibir, elaboran un concepto sobre el objeto observado como una totalidad.

Conociendo estos elementos, en salud no es diferente la relación que se da entre un servicio y el cliente. Por lo tanto se puede decir que cuando un cliente (usuario) entra a un servicio de salud, su percepción dependerá de una serie de aspectos, tales como:

- ✓ Limpieza y el orden que tiene el establecimiento
- ✓ La atención que recibe (mirada, palabras, gestos, etc.)
- ✓ La calidad de los productos que se ofrecen
- ✓ Las garantías que tienen los productos
- ✓ El valor agregado que pueda recibir, etc...

Todos estos aspectos son básicos ya que forman la percepción de la calidad del servicio de salud que se oferta, y lo relacionan inmediatamente con la institución.

Es por estos motivos que nuestro personal debe tener una capacitación para adquirir, desarrollar habilidades y actitudes, que logren despertar en nuestros clientes el deseo de elegirnos y acompañarnos a largo plazo, ya que les será mucho más fácil identificar y satisfacer las necesidades de nuestro cliente.

2.5.8 Nivel de satisfacción del usuario

La satisfacción del usuario es uno de los aspectos que en términos de evaluación de los servicios de salud y calidad de atención, ha venido cobrando mayor atención en salud pública.

Ramiro Cardozo, (1965) define a la Satisfacción: “La satisfacción es un rango de respuesta más amplio que la mera sensación de contento. En muchos casos, la satisfacción supone una alta activación, por lo que se podría hablar de una satisfacción como sorpresa. Esta sorpresa puede ser positiva o negativa”.

Para **Varo J. Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios (2000)**; los usuarios y su satisfacción son ahora la piedra angular del servicio de salud. Partiendo de esta premisa, se impulsa una nueva cultura de gestión estableciéndose una serie de prioridades: la mejora en el acceso al sistema, la participación del ciudadano, la continuidad en la asistencia por un mismo especialista o la libre elección de unos servicios sanitarios que pretenden ser más personalizados, confortables y de alta calidad humana y científico-técnica.

La satisfacción del usuario es el objetivo y resultado de la asistencia sanitaria y una medida útil de su calidad, al considerarla el eje central del servicio. Este tipo de mediciones importante tanto para los profesionales sanitarios como para los gestores y contratadores de los servicios.

La evaluación de la satisfacción del cliente, como una medida de los resultados de la relación médico-paciente, depende siempre de la subjetividad de percepción, de los diferentes niveles educativos, sociales,

económica o lingüística que separan al profesional y a los propios centros de salud de sus usuarios. Ahora bien, esa satisfacción se considera la diferencia entre las expectativas y las percepciones del usuario de la atención que recibe en una Unidad Operativa

Para **Donabedian, A. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. (2006)** una de las principales razones del interés por conocer el grado de satisfacción de los pacientes estriba en el hecho empírico, muchas veces comprobado, de que es más probable que un paciente satisfecho cumpla con las recomendaciones médicas y de enfermería, farmacológicas, de dieta etc.

2.6 Hipótesis

El Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitario e Intercultural aplicado en la Parroquia San Fernando, sector Tambaló permitirá mejorar el nivel de satisfacción del usuario.

2.7 Señalamiento de variables de la hipótesis

2.7.1 Variable Independiente:

Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitario e Intercultural

2.7.2 Variable Dependiente:

Nivel de satisfacción del usuario

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Enfoque Investigativo

La modalidad de investigación está basada en el paradigma crítico propositivo, el mismo que hace énfasis más en el enfoque del ser humano, que el de los aspectos materiales. También se puede indicar que el presente trabajo es una investigación de carácter social, por cuanto analiza problemas de conciencia del ser humano dentro de la sociedad, su accionar cotidiano inmerso en lo que significa ser parte integrante de una sociedad capitalista.

De igual manera podemos señalar que se trata de una investigación cualitativa, debido a la interpretación de factores que se interrelacionan para dar una lectura cercana a la realidad social.

La investigación realizada ha sido enfocada desde el aspecto ideográfico. Por lo tanto sin menospreciar a la ciencia estadística, da más importancia a la interpretación de los datos obtenidos.

3.2 Modalidad básica de la investigación

La investigación que se realizará se basará estrictamente en la revisión de documentos o información acerca de las variables que serán investigadas con la finalidad de ampliar conceptos y criterios relacionados con la investigación, por lo que inminentemente se le considera una **investigación documental o bibliográfica**

De Campo: La investigación se basa en datos reales recopilados directamente tanto en la comunidad, a través de fichas familiares en la Parroquia San Fernando

Documental: El trabajo se apoyará en este tipo de investigación, la cual permitirá construir la fundamentación teórica científica del proyecto, así como de la propuesta, utilizando bibliografía general y especializada sobre el tema de Nivel de satisfacción del usuario frente al Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitario e Intercultural, así también páginas de Internet relacionadas al tema, que permitirán sustentar las bases teóricas necesarias.

Social: La investigación está enfocada desde el punto vista de intervención social, por cuanto, se determinará la relación entre el Nivel de satisfacción del usuario frente al Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitario e Intercultural, para lo cual el investigador sugiere una propuesta de solución a este problema, la misma que puede ser participada por los involucrados, procesada por el investigador, encontrando la que mejor convenga a los intereses de los paciente

3.3 Niveles o tipo de investigación

Investigación Diagnóstica.- Se ha llegado al nivel de diagnóstico respecto a la situación del Nivel de satisfacción del usuario frente al Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitario e Intercultural en la forma que amerita para resolver los problemas que se derivan de esta situación. La particularidad del diagnóstico es que tiene una direccionalidad. Esto significa que no se trata de un reflejo más o menos fotográfico de la realidad sino una expresión de la misma, lograda mediante el desarrollo de la investigación.

El sentido de finalidad no es otro que el socializar a la comunidad para que sean los actores de su realidad, lo cual está en concordancia con el enunciado del tema de investigación donde se habla del Nivel de satisfacción del usuario como un indicador de la aplicación del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitario e Intercultural.

Explicativa.- A través de esta investigación se podrá detallar en parte la situación real que vive la comunidad, en cuanto se refiere Nivel de

satisfacción del usuario como un indicador de la aplicación del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitario e Intercultural

Investigación Correlacional.- Con este nivel de investigación se relacionaron dos variables, para determinar las tendencias, que nos permitió un mejor enfoque en la búsqueda de solución al impacto del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitario e Intercultural como factor para determinar el nivel de satisfacción del usuario

3.4 Población y muestra

Población:

La población en estudio de esta investigación abarca todas las familias del sector Tambaló perteneciente a la Parroquia San Fernando de la ciudad de Ambato, Provincia de Tungurahua

Muestra:

El tipo de muestreo utilizado es el no probabilístico, ya que con un censo que cuenta la Unidad Operativa se indica la existencia de 32 familias en este sector, y dentro de este tipo de muestreo se ha elegido el muestreo intencional de modo que el criterio para la selección de la muestra de la investigación la población la constituyen todas las familias.

3.5 Operacionalización de variables

3.5.1 Variable independiente: Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural

CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADORES	ÍTEMS	TÉCNICA INSTRUMENTO
MAIS FCI Es el conjunto de sistemas, procesos y acciones que permiten la promoción de la salud a nivel individual, familiar y comunitario con un enfoque intercultural	Sistemas, procesos y acciones	*Diagnóstico situacional de salud -Indicadores demográficos	* <u>Características demográficas</u> -Ubicación -Edad -Número de miembros por familia -Actores sociales	Ficha Familiar
		-Indicadores biológicos	* <u>Identificación de riesgos</u> Riesgos Biológicos -Esquema de vacunación -Índice de malnutrición -Prevalencia de enfermedades crónicas -Controles prenatales -Personas con discapacidad	Ficha Familiar

		-Indicadores sanitarios	Riesgos Sanitarios	Ficha Familiar
	Promoción de la Salud		-Consumo de agua insegura	
			-Mala eliminación de excreta y basura	
			-Mala eliminación de desechos líquidos	Ficha Familiar
		*Educación	-Animales intradomiciliarios	
			*Charlas educativas	
	Enfoque intercultural y comunitario			Ficha Familiar
		*Prácticas ancestrales		
			*Medicina ancestral/tradicional	
			*Participación comunitaria	

3.5.2 Variable dependiente: Nivel de satisfacción del usuario

CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADORES	ÍTEMS	TÉCNICA INSTRUMENTO
<p>Nivel de Satisfacción</p> <p>Es el resultado de comparar su percepción de la calidad de atención de los servicios de salud en relación con sus expectativas a recibir del mismo</p>	*Percepción	Calificación	¿Cómo califica la atención de salud en su comunidad?	Ficha Familiar
	*Calidad de Atención	Oferta de servicio integral de salud	¿Durante la atención le solucionan su problema de salud?	Ficha Familiar
	*Servicios de Salud	Accesibilidad	¿Tiene acceso a los servicios de salud en su comunidad?	Ficha Familiar
<p>Usuario Externo</p> <p>Son todas las personas que utilizan o requieren los servicios de salud y que acuden a las distintas entidades por su cuenta propia</p>	*Expectativas	Confianza	¿Durante su permanencia en el establecimiento el personal le brindó un trato cordial y amable?	Ficha Familiar

3.6 Técnicas e instrumentos

Para la presente investigación se utilizará las siguientes técnicas e instrumentos para la recolección de información como: revisión de fichas familiares en la comunidad del sector Tambaló de la Parroquia San Fernando

- **Fichas familiares.**- A través de listas de cotejo se identificaron y se analizaron las características de la población, los diferentes riesgos biológicos y sanitarios existentes en dicho sector, además se determinó el nivel de satisfacción del usuario frente al Modelo de Atención en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural.
- **Guía de observación:** A través de este instrumento se evaluará la aplicación del Modelo de Atención en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural en la Unidad Operativa

3.7 Plan de recolección de la investigación

La recolección de datos es un proceso importante en el desarrollo de la investigación y vital para los esfuerzos para identificar el nivel de satisfacción del usuario frente al Modelo de Atención Integral en Salud Comunitaria e Intercultural en el sector de Tambaló. Se obtendrá información correcta y detallada sobre el tema de investigación con la aplicación de fichas familiares en la comunidad del sector Tambaló

Definición de los sujetos personas que van a ser investigados:

- Los sujetos de investigación son: todas las familias del Sector Tambaló
- Se solicitará al Centro de Salud N° 3 la autorización para la aplicación de fichas familiares en el Sector Tambaló y la aplicación de la guía de observación.
- Se hará revisión sistemática de las mismas y compilación de información.

3.8 Plan de procesamiento

Mediante un exhaustivo y coherente proceso de revisión crítica de la información recopilada.

1. Se procederá a la tabulación de datos en Microsoft Excel, considerando las variables estudiadas.
2. Se realizara análisis descriptivo de los datos tanto cualitativos como cuantitativos.
4. Se elaboraran gráficas y tablas, para una mejor interpretación y análisis de los datos.

De ese modo lograr inferir las conclusiones que lleven a verificar o a rechazar la hipótesis planteada.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

4.1 Análisis e interpretación de fichas familiares

4.1.1 Características de la población de estudio

A través de la aplicación de las fichas familiares a 32 familias del sector Tambaló en la Parroquia San Fernando, se determinó las siguientes características tales como grupo etáreo, ocupación, escolaridad, calificación de riesgos biológicos y sanitarios, además el nivel de satisfacción del usuario frente al Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural, entre otras; esta información servirá como base estadística para consulta, como referencia e inclusive como antecedente para futuras investigaciones, los datos analizados en el lugar de estudio se presentan a continuación:

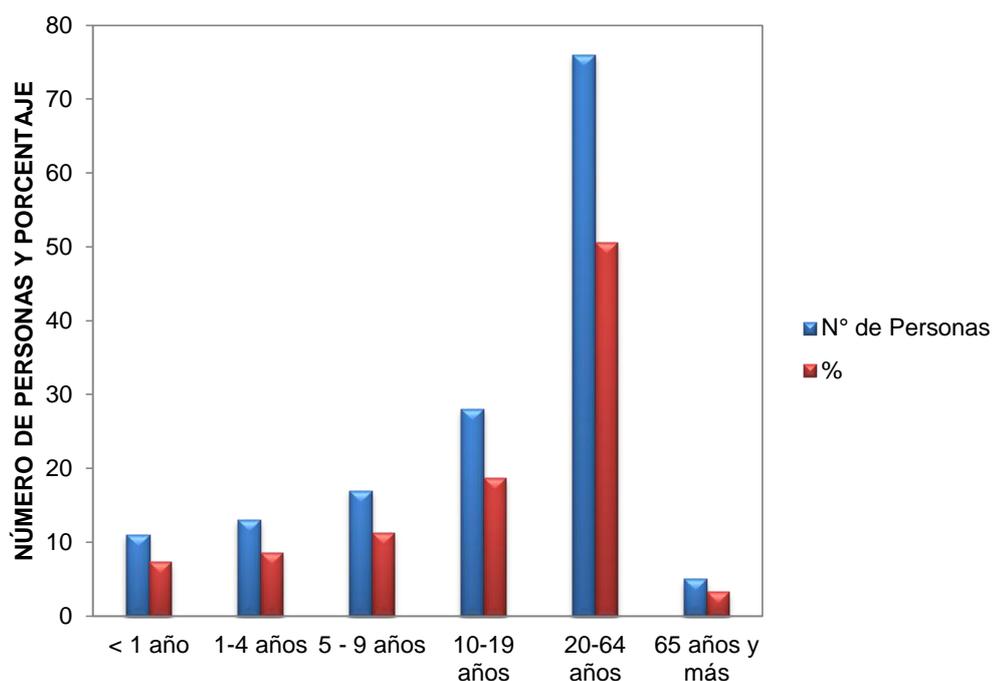
Tabla N° 1. Distribución porcentual de la población por grupos etáreos

Grupo Etáreo	N° de Personas	%
< 1 año	11	7,33
1-4 años	13	8,67
5 - 9 años	17	11,33
10-19 años	28	18,67
20-64 años	76	50,67
65 años y más	5	3,33
TOTAL	150	100

Fuente: Fichas familiares

Elaborado por: Lissette A. Rivera N.

Gráfico N° 1. Distribución porcentual de la población del sector Tambaló por grupos etáreos



Fuente: Fichas familiares
Elaborado por: Lissette A. Rivera N.

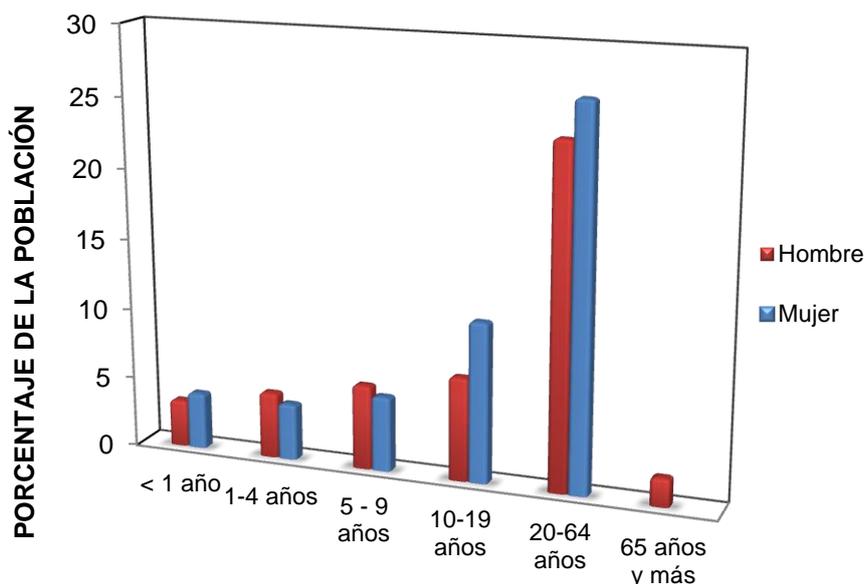
Las atenciones en Salud se entregan acorde a las especificidades de cada grupo etáreo al que pertenece, garantizando una atención integral durante todo el ciclo vital de tal modo que en las 32 familias sometidas al estudio, existe un total de 150 habitantes en el sector Tambaló, y se puede recalcar que existe mayor población en el grupo de edad entre los 20 y 64 años con el 50,67 % de la población total, seguido en frecuencia por el grupo de 10 a 19 años representando el 18,67 %, además en el grupo de 5 a 9 años con el 11,33%, menores de 5 años con el 16 %, y con un porcentaje mínimo el grupo de 65 años y más con un equivalente al 3,33 %

Tabla N° 2. Distribución porcentual de la población del sector Tambaló por género y grupo etáreo

Grupo Etáreo	GÉNERO			
	Hombre	%	Mujer	%
< 1 año	5	3,33	6	4
1-4 años	7	4,67	6	4
5 - 9 años	9	6	8	5,33
10-19 años	11	7,33	17	11,33
20-64 años	36	24	40	26,67
65 años y más	3	2	2	1,33
TOTAL	71	47,33	79	52,66

Fuente: Fichas familiares
 Elaborado por: Lissette A. Rivera N.

Gráfico N° 2. Distribución porcentual de la población del sector Tambaló por género y grupo etáreo



Fuente: Fichas familiares
 Elaborado por: Lissette A. Rivera N.

En cuanto a género en el siguiente gráfico se observa una ligera diferencia entre hombres y mujeres en menores de un año, y de 1 a 9 años, en los grupos de 10 a 19 años predomina el género femenino con 11,33 % frente al género masculino que alcanza un 7,33 %, de igual manera en el grupo de 20 a 64 años predomina ligeramente el género femenino con el 24 % frente al género masculino con 26,67 %.

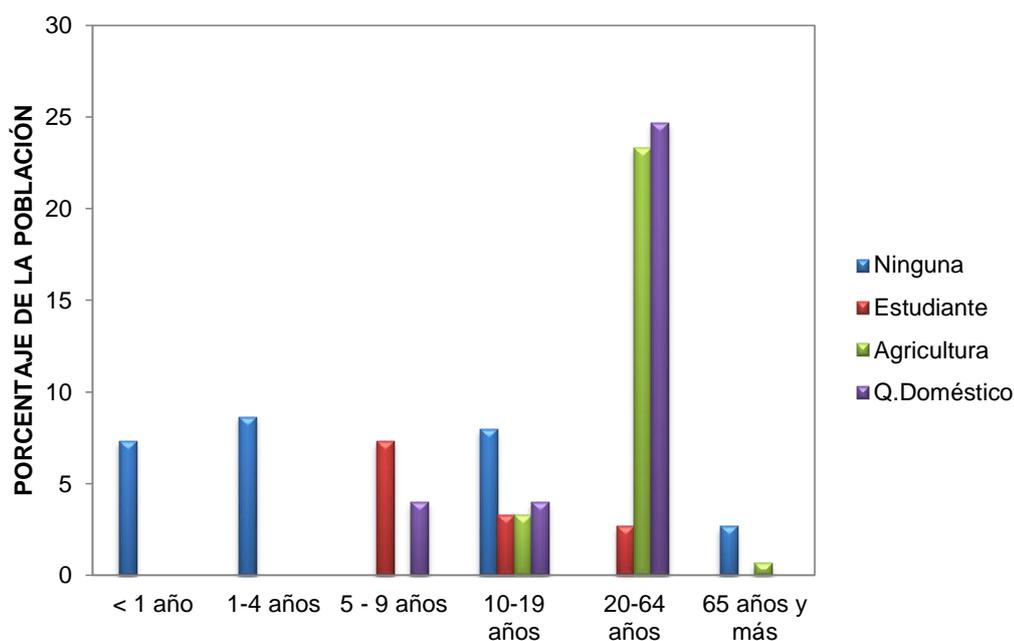
Tabla N° 3. Distribución porcentual de la población del sector Tambaló por grupo etáreo y ocupación

Grupo Etáreo	OCUPACIÓN							
	Ninguna	%	Estudiante	%	Agricultura	%	Q. Doméstico	%
< 1 año	11	7,33	0	0,00	0	0,00	0	0,00
1-4 años	13	8,67	0	0,00	0	0,00	0	0,00
5 - 9 años	0	0,00	11	7,33	0	0,00	6	4,00
10-19 años	12	8,00	5	3,33	5	3,33	6	4,00
20-64 años	0	0,00	4	2,67	35	23,33	37	24,67
65 años y más	4	2,67	0	0,00	1	0,67	0	0,00
TOTAL	40	26,67	20	13,33	41	27,33	49	32,67

Fuente: Fichas familiares

Elaborado por: Lissette A. Rivera N.

Gráfico N° 3. Distribución porcentual de la población del sector Tambaló por grupo etáreo y ocupación



Fuente: Fichas familiares
Elaborado por: Lissette A. Rivera N.

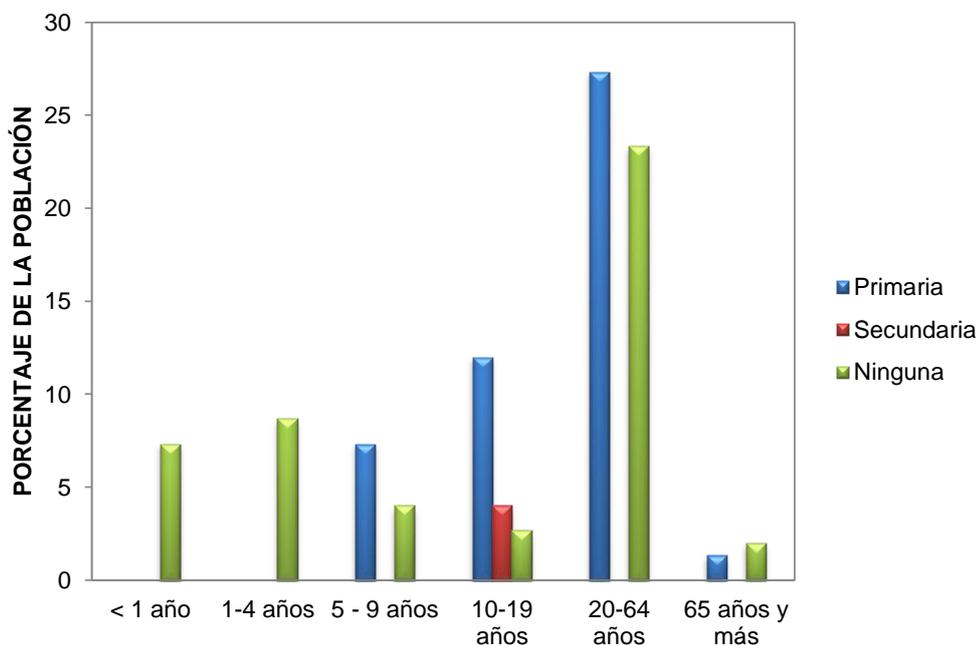
Conociendo que Tambaló es un sector urbanomarginal y que la ocupación es un factor importante para la investigación analizamos en el gráfico que en el grupo de 5 a 9 años empiezan con su ciclo estudiantil (7,33%), pero también en este grupo existen niños/as dedicadas a los quehaceres domésticos (4%). En el grupo de 10 a 19 años predomina un gran porcentaje de personas que no tienen ocupación que representa un 8% frente a un 4 % que se dedica a la agricultura, 3,33 % a la agricultura y de igual manera un 3,33% son estudiantes. En el grupo de 20 a 64 años un 2,67 % se encuentran estudiando, mientras que un 23,33 % se dedica a la agricultura y un 24,67% a los quehaceres domésticos, por último las personas mayores de 65 años y más no tienen ocupación (2,67 %).

Tabla N° 4. Distribución porcentual de la población del sector Tambaló por grupo etáreo y escolaridad

Grupo Etáreo	ESCOLARIDAD					
	Primaria	%	Secundaria	%	Ninguna	%
< 1 año	0	0,00	0	0,00	11	7,33
1-4 años	0	0,00	0	0,00	13	8,67
5 - 9 años	11	7,33	0	0,00	6	4,00
10-19 años	18	12,00	6	4,00	4	2,67
20-64 años	41	27,33	0	0,00	35	23,33
65 años y más	2	1,33	0	0,00	3	2,00
TOTAL	72	48,00	6	4,00	72	48,00

Fuente: Fichas familiares
Elaborado por: Lissette A. Rivera N.

Gráfico N° 4. Distribución porcentual de la población del sector Tambaló por grupo etáreo y escolaridad



Fuente: Fichas familiares
Elaborado por: Lissette A. Rivera N.

El nivel de estudio es un factor importante considerando que por medio de este hay una adquisición, asimilación y comprensión de lo que instituye el

medio para conocer o comprender algo, en razón de que la población con un mejor nivel educacional comprenden los cuidados médicos óptimos que se dan en la atención, por lo que esta variable está íntimamente relacionada con el nivel de escolaridad, así como las actitudes y prácticas de la comunidad con respecto al cuidado de la salud y la percepción de la calidad de atención, por ende la determinación del nivel de satisfacción.

En el gráfico N° 4 se puede observar que en el grupo de 5 a 9 años existe un 7,33 % con instrucción primaria y un 4% sin escolaridad; en el grupo de 10 a 19 años se destaca un 12 % con instrucción primaria, un 4 % con instrucción secundaria y un 2,67 % sin escolaridad. En el grupo de 20 a 64 años un 27,33 % de la población tiene instrucción primaria y un 23, 33 % que no tiene instrucción. En las personas de 65 años y más un 1,33 % tiene instrucción primaria y un 2 % no la tiene.

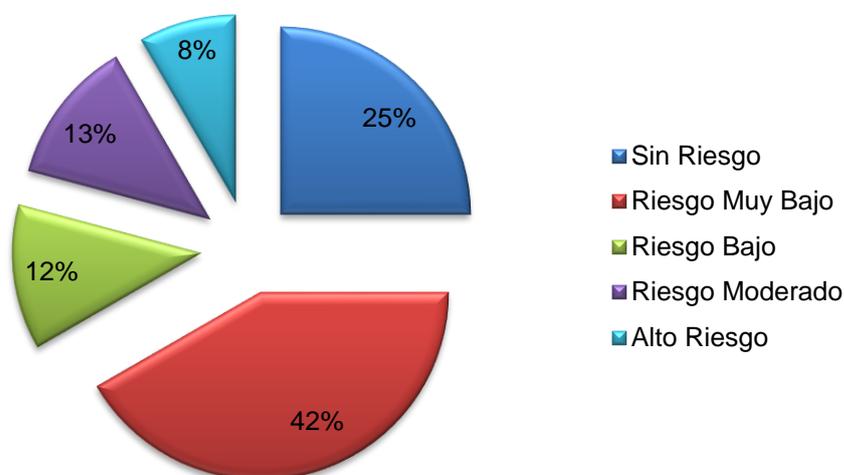
Tabla N° 5. Determinación porcentual del riesgo biológico en niños menores de cinco años del sector Tambaló con vacunación incompleta

Componente	Personas con vacunación incompleta	%
Sin riesgo	6	25
Riesgo Muy Bajo	10	41,67
Riesgo Bajo	3	12,5
Riesgo Moderado	3	12,5
Alto Riesgo	2	8,33
Total	24	100

Fuente: Fichas familiares

Elaborado por: Lissette A. Rivera N.

Gráfico N° 5. Determinación porcentual del riesgo biológico en niños menores de cinco años del sector Tambaló con vacunación incompleta



Fuente: Fichas familiares
Elaborado por: Lissette A. Rivera N.

Analizamos los riesgos biológicos en niños menores de 5 años que suman un total de 24 niños de los cuales un 25 % están sin riesgo ya que tienen el esquema de vacunación completo, un 41,67% tiene riesgo muy bajo ya que tienen completas 3 dosis, en riesgo bajo y moderado suman un total de 25% ya que han completado hasta 2 dosis del esquema de vacunación, y por el contrario en riesgo muy alto existe un 8,33 % que no se han administrado ninguna dosis.

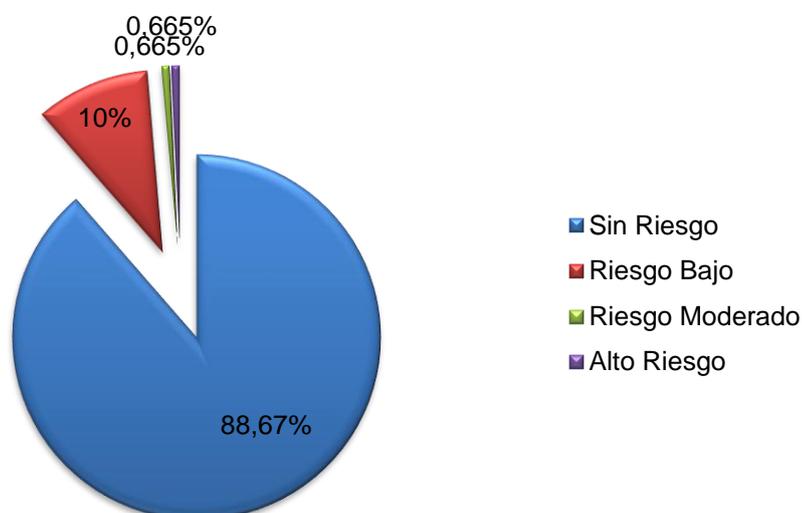
Tabla N° 6. Determinación porcentual del riesgo biológico en personas del sector Tambaló con enfermedades de impacto

Componente	Personas con enfermedades de impacto	%
Sin riesgo	133	88,67
Riesgo Bajo	15	10
Riesgo Moderado	1	0,665
Alto Riesgo	1	0,665
Total	150	100

Fuente: Fichas familiares

Elaborado por: Lissette A. Rivera N.

Gráfico N° 6. Determinación porcentual del riesgo biológico en personas del sector Tambaló con enfermedades de impacto



Fuente: Fichas familiares

Elaborado por: Lissette A. Rivera N.

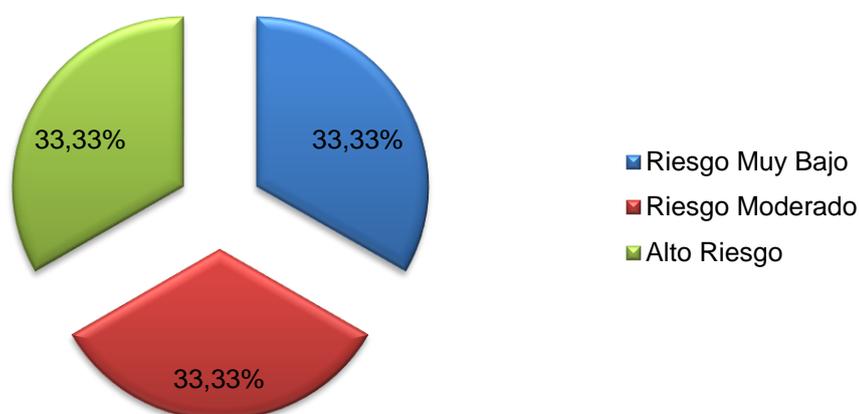
Existe un porcentaje minoritario para riesgo moderado y alto con personas que tengan la presencia de importantes enfermedades de impacto (crónicas), con 0,665 % respectivamente, un 10% con antecedentes familiares de enfermedades de impacto con riesgo bajo y un 88,67 % sin riesgo.

Tabla N° 7. Determinación porcentual del riesgo biológico en embarazadas del sector Tambaló sin controles prenatales

Componente	Embarazadas sin controles prenatales	%
Riesgo Muy Bajo	1	33,33
Riesgo Moderado	1	33,33
Alto Riesgo	1	33,33
Total	3	100

Fuente: Fichas familiares
Elaborado por: Lissette A. Rivera N.

Gráfico N° 7. Determinación porcentual del riesgo biológico en embarazadas del sector Tambaló sin controles prenatales



Fuente: Fichas familiares
Elaborado por: Lissette A. Rivera N.

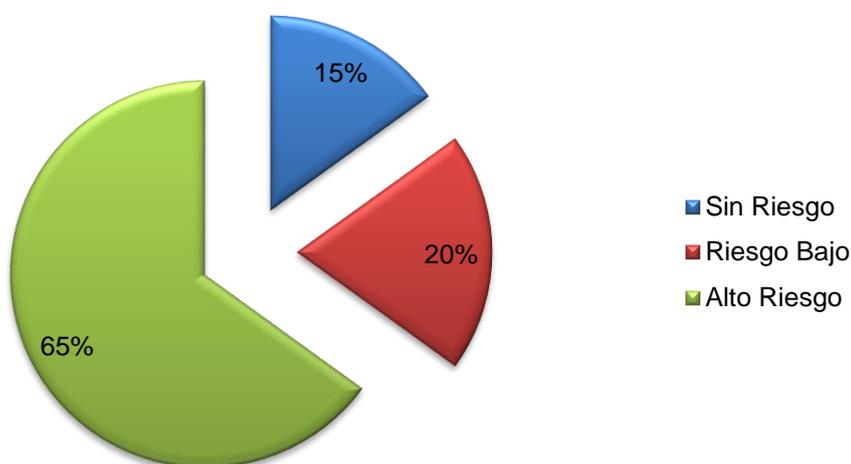
En este riesgo biológico se determinó en base al número de controles prenatales, ya que es un factor que puede determinar un diagnóstico oportuno y prevenir complicaciones obstétricas. Hay que resaltar que en la investigación se encontraron 3 embarazadas en el sector, por lo que equitativamente están distribuida con un 33,33% en riesgo muy bajo con 4 controles, riesgo moderado de 1 a 2 controles y en alto riesgo sin controles prenatales.

Tabla Nº 8. Determinación porcentual del riesgo biológico en mujeres de edad fértil del sector Tambaló sin DOC Uterino

Componente	Mujeres sin DOC uterino	%
Sin Riesgo	6	15
Riesgo Bajo	8	20
Alto Riesgo	26	65
Total	40	100

Fuente: Fichas familiares
Elaborado por: Lissette A. Rivera N.

Gráfico Nº 8. Determinación porcentual del riesgo biológico en mujeres de edad fértil del sector Tambaló sin DOC Uterino



Fuente: Fichas familiares
Elaborado por: Lissette A. Rivera N.

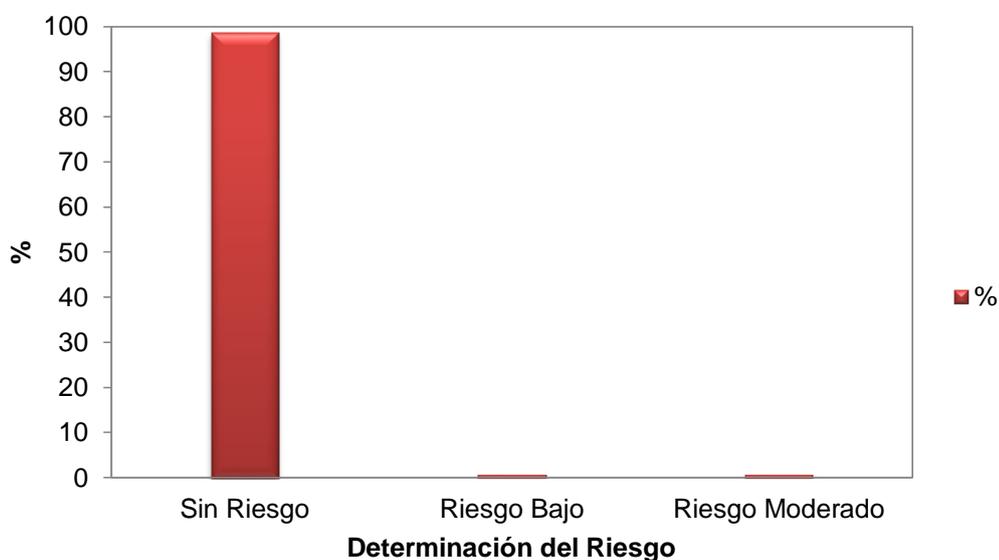
La detección oportuna de cáncer (DOC) de cuello uterino es un factor muy importante que puede prevenir complicaciones y reducir las tasas de morbi-mortalidad, por ello en esta investigación se determina el tipo de riesgo en la comunidad, en un total de 40 mujeres de 20 a 64 años existe un 15 % sin riesgo, es decir se han realizado hasta 2 controles en el año, un 20% con riesgo bajo con un control al año y un 65 % con alto riesgo es decir no se han realizado ningún control.

Tabla N° 9. Determinación porcentual del riesgo biológico en personas del sector Tambaló con discapacidad (CONADIS)

Componente	Personas con discapacidad (CONADIS)	%
Sin Riesgo	148	98,67
Riesgo Bajo	1	0,665
Riesgo Moderado	1	0,665
Total	150	100

Fuente: Fichas familiares
Elaborado por: Lissette A. Rivera N.

Gráfico N° 9. Determinación porcentual del riesgo biológico en personas del sector Tambaló con discapacidad (CONADIS)



Fuente: Fichas familiares
Elaborado por: Lissette A. Rivera N.

La calificación del presente riesgo se realizó con la verificación del carnet CONADIS, por lo que se encontraron 2 personas discapacitadas, el 0,665 % con riesgo bajo, es decir de 10 a 30 % de discapacidad y de igual manera 0, 665% con riesgo moderado, es decir de 31 a 69% de discapacidad.

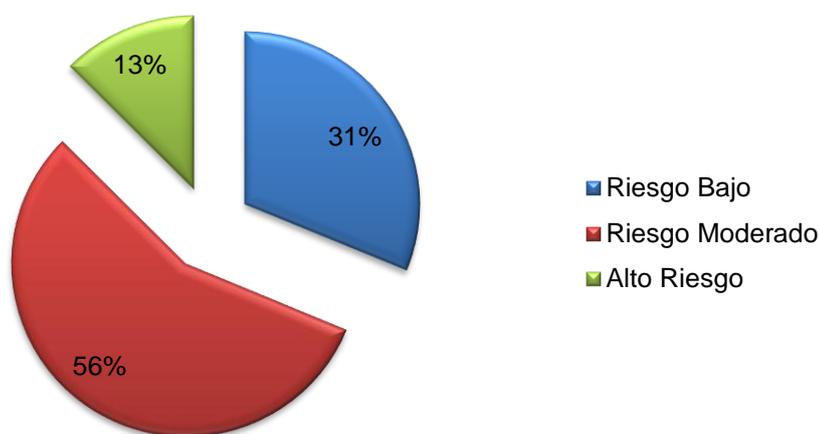
Tabla N° 10. Determinación porcentual del riesgo sanitario en las familias del sector Tambaló según la eliminación de basura y excretas

Componente	Eliminación de basura y excretas	%
Riesgo Bajo	10	31,25
Riesgo Moderado	18	56,25
Alto Riesgo	4	12,5
Total	32	100

Fuente: Fichas familiares

Elaborado por: Lissette A. Rivera N.

Gráfico N° 10. Determinación porcentual del riesgo sanitario en las familias del sector Tambaló según la eliminación de basura y excretas



Fuente: Fichas familiares

Elaborado por: Lissette A. Rivera N.

La eliminación de basura y excretas constituye un eje importante en el impacto de la salud de una comunidad, en el gráfico se demuestra que de las 32 familias en estudio se distribuye en un 31,25% con riesgo bajo ya que las familias eliminan las excretas y basura en un relleno sanitario, además un porcentaje importante del 56, 25% se encuentran en riesgo moderado ya que proceden a la quema de basura y/o excretas y por otro lado un 12,5 % se encuentra en alto riesgo ya que las tienen al aire libre.

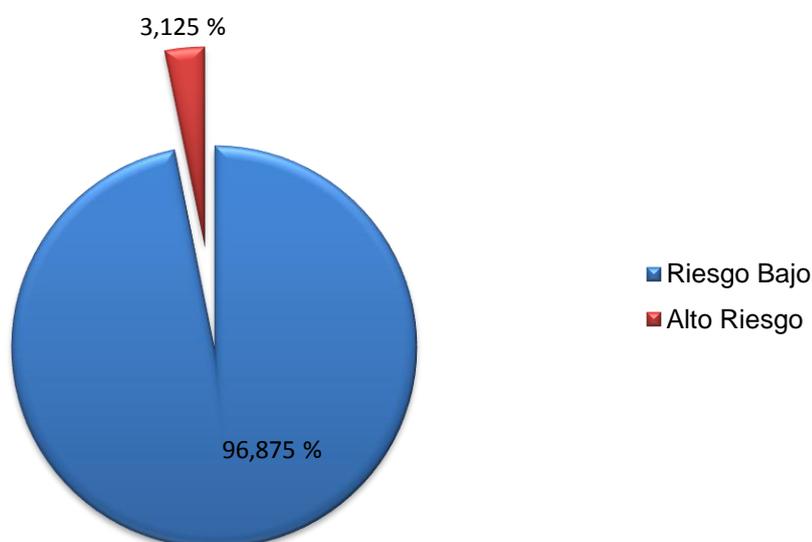
Tabla N° 11. Determinación porcentual del riesgo sanitario en las familias del sector Tambaló según el consumo de agua segura

Componente	Consumo de agua segura	%
Riesgo Bajo	31	96,875
Alto Riesgo	1	3,125
Total	32	100

Fuente: Fichas familiares

Elaborado por: Lissette A. Rivera N.

Gráfico N° 11. Determinación porcentual del riesgo sanitario en las familias del sector Tambaló según el consumo de agua segura



Fuente: Fichas familiares

Elaborado por: Lissette A. Rivera N.

De igual manera el consumo de agua es un factor importante en la salud comunitaria, que puede generar impacto negativo si no existe un consumo adecuado del líquido vital. En este gráfico se puede observar que de las 32 familias el 96, 875 se encuentra en riesgo bajo ya que consumen agua entubada y un 3,125 se encuentra en alto riesgo ya que consume agua de un pozo.

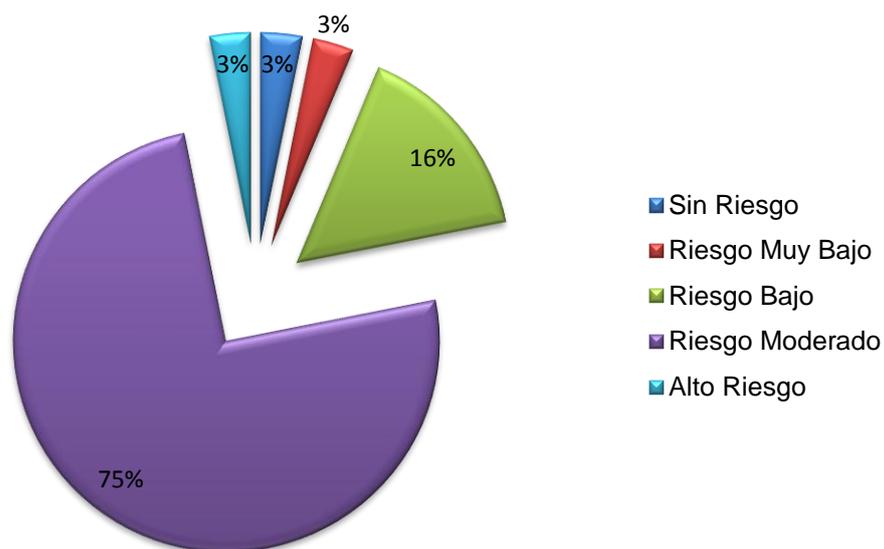
Tabla N° 12. Determinación porcentual del riesgo sanitario en las familias del sector Tambaló según la tenencia de animales intradomésticos

Componente	Animales intradomésticos	%
Sin Riesgo	1	3,125
Riesgo Muy Bajo	1	3,125
Riesgo Bajo	5	15,625
Riesgo Moderado	24	75
Alto Riesgo	1	3,125
Total	32	100

Fuente: Fichas familiares

Elaborado por: Lissette A. Rivera N.

Gráfico N° 12. Determinación porcentual del riesgo sanitario en las familias del sector Tambaló según la tenencia de animales intradomésticos



Fuente: Fichas familiares

Elaborado por: Lissette A. Rivera N.

El análisis de riesgo se define mediante la evaluación de la probabilidad de entrada, establecimiento y difusión de enfermedades y la estimación de su impacto y sus consecuencias para la salud humana.

La tenencia de animales intradomiciliarios está muy arraigada en la población en general, la situación se vuelve más compleja cuando estos son numerosos, o se tienen otros que por sus condiciones no deben estar al interior de los espacios habitados por los humanos, lo que es observable en Tambaló ya que un 75 % está en riesgo moderado por tener 2 animales dentro del domicilio, y un 3% en alto riesgo por tener un animal no doméstico.

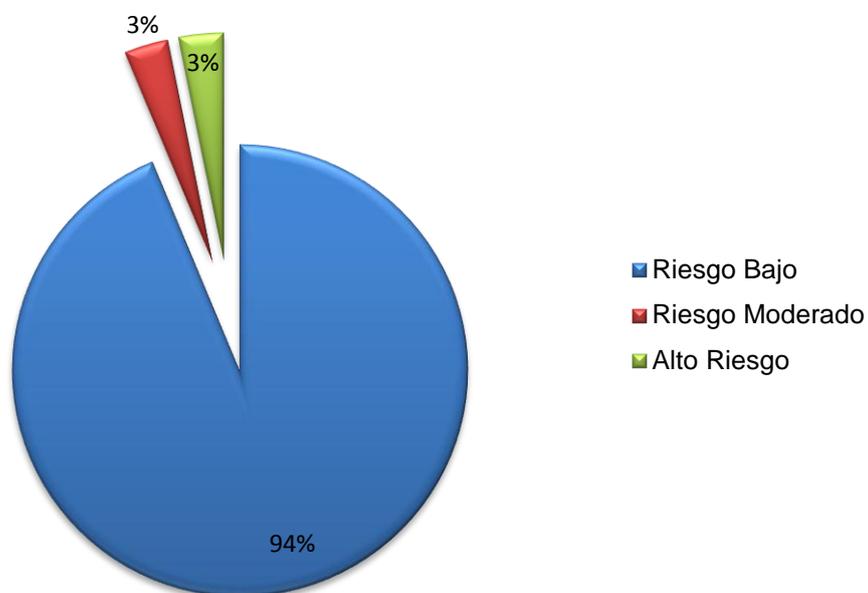
Tabla N° 13. Determinación porcentual del riesgo sanitario en las familias del sector Tambaló según la mala eliminación de desechos líquidos

Componente	Mala eliminación de desechos líquidos	%
Riesgo Bajo	30	93,75
Riesgo Moderado	1	3,125
Alto Riesgo	1	3,125
Total	32	100

Fuente: Fichas familiares

Elaborado por: Lissette A. Rivera N.

Gráfico N° 13. Determinación porcentual del riesgo sanitario en las familias del sector Tambaló según la mala eliminación de desechos líquidos



Fuente: Fichas familiares
Elaborado por: Lissette A. Rivera N.

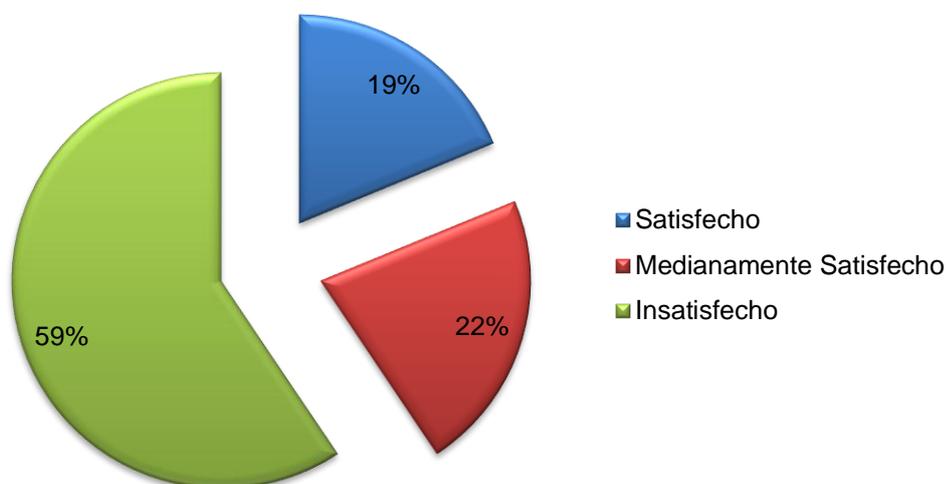
La disponibilidad de servicios básicos como alcantarillado o servicio higiénico, puede reducir los riesgos biológicos en la comunidad; un 93,75% tiene riesgo bajo, ya que disponen de servicios higiénicos pero no de alcantarillado, y alrededor de un 3,25 % se encuentra en moderado y alto riesgo.

Tabla N° 14. Porcentaje del nivel de satisfacción del usuario del sector Tambaló frente al trato del personal de salud en la atención

Nivel de satisfacción del usuario	Trato del personal de salud en la atención al usuario	%
Satisfecho	5	15,63
Medianamente Satisfecho	8	23,00
Insatisfecho	19	59,37
Total	32	100

Fuente: Fichas familiares
Elaborado por: Lissette A. Rivera N.

Gráfico N° 14. Porcentaje del nivel de satisfacción del usuario del sector Tambaló frente al trato del personal de salud en la atención



Fuente: Fichas familiares
Elaborado por: Lissette A. Rivera N.

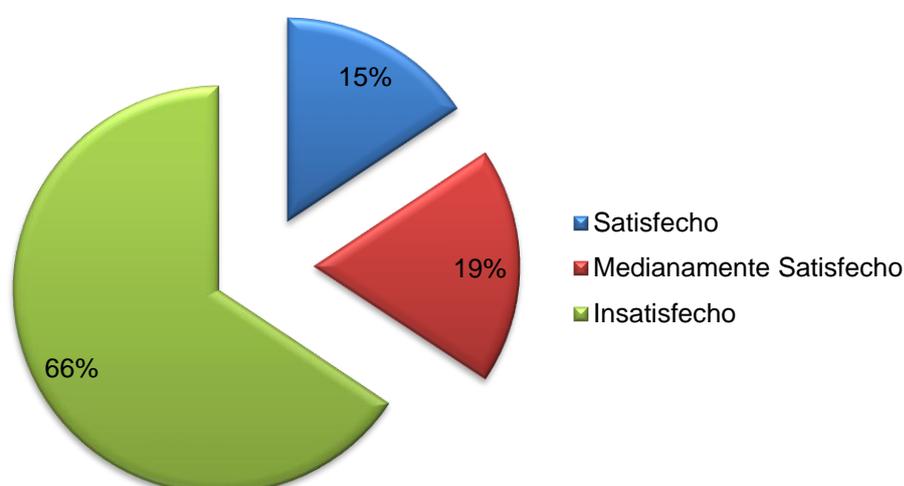
De las 32 familias, frente a al trato que brinda el personal de salud el usuario se determinó que un 19% se siente satisfecho, el 22% medianamente satisfecho y más de la mitad con un 59 % se siente insatisfecho.

Tabla N° 15. Porcentaje del nivel de satisfacción del usuario del sector Tambaló frente al tiempo de espera para ser atendido

Nivel de satisfacción del usuario	El tiempo de espera para ser atendido	%
Satisfecho	5	15,63
Medianamente Satisfecho	6	18,75
Insatisfecho	21	65,63
Total	32	100

Fuente: Fichas familiares
Elaborado por: Lissette A. Rivera N.

Gráfico N° 15. Porcentaje del nivel de satisfacción del usuario del sector Tambaló frente al tiempo de espera para ser atendido



Fuente: Fichas familiares
Elaborado por: Lissette A. Rivera N.

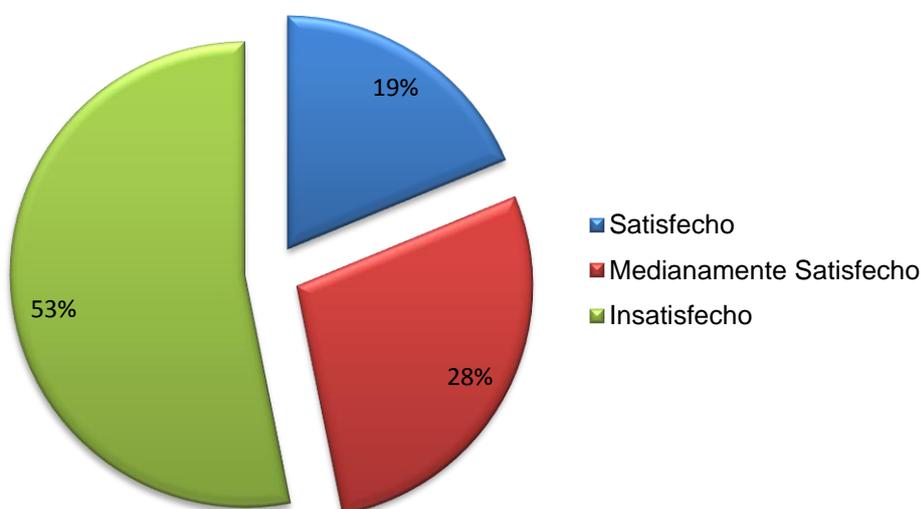
La aplicación de los ejes fundamentales del buen trato en las instituciones de salud, ya que de su aplicación en todos los niveles de atención depende en buena parte el bienestar de las personas que solicitan atención y el usuario define su nivel de satisfacción en el sector Tambaló de esta manera: el 15,63 % se encuentra satisfecho, el 18,75 % se encuentra medianamente satisfecho y en mayor proporción el 65,63% se siente insatisfecho.

Tabla N° 16. Porcentaje del nivel de satisfacción del usuario del sector Tambaló frente a la educación con charlas

Nivel de satisfacción del usuario	Charlas educativas	%
Satisfecho	6	18,75
Medianamente Satisfecho	9	28,13
Insatisfecho	17	53,13
Total	32	100

Fuente: Fichas familiares
Elaborado por: Lissette A. Rivera N.

Gráfico N° 16. Porcentaje del nivel de satisfacción del usuario del sector Tambaló frente a la educación con charlas



Fuente: Fichas familiares
Elaborado por: Lissette A. Rivera N.

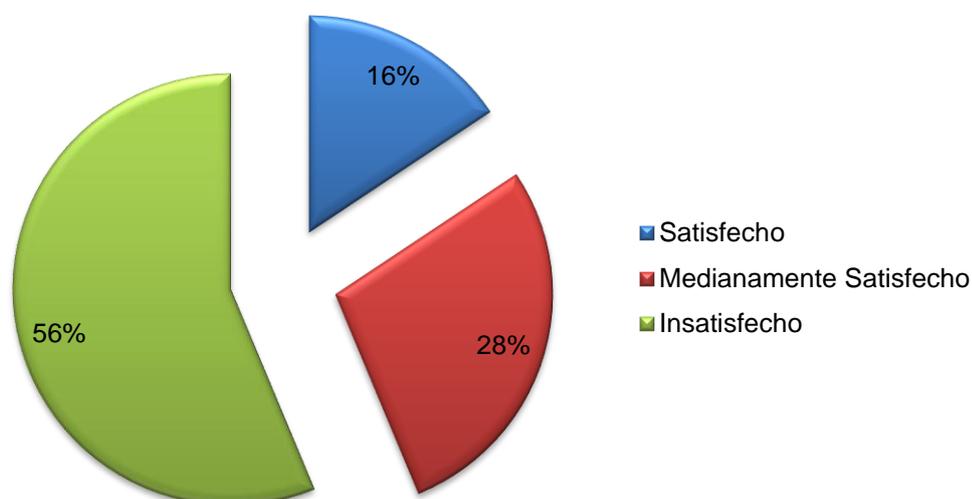
Las charlas educativas constituyen una herramienta de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la comunidad, en esta investigación de las 32 familias, el 18,75% están satisfechos; el 28,13 % medianamente satisfecho y alrededor del 53,13% se sienten insatisfechos con la impartición de charlas educativas por parte del personal de salud.

Tabla N° 17. Porcentaje del nivel de satisfacción del usuario del sector Tambaló frente al sistema referencia y contrareferencia

Nivel de satisfacción del usuario	Sistema Referencia y Contrareferencia	%
Satisfecho	5	15,63
Medianamente Satisfecho	9	28,13
Insatisfecho	18	56,25
Total	32	100

Fuente: Fichas familiares
Elaborado por: Lissette A. Rivera N.

Gráfico N° 17. Porcentaje del nivel de satisfacción del usuario del sector Tambaló frente al sistema referencia y contrareferencia



Fuente: Fichas familiares
Elaborado por: Lissette A. Rivera N.

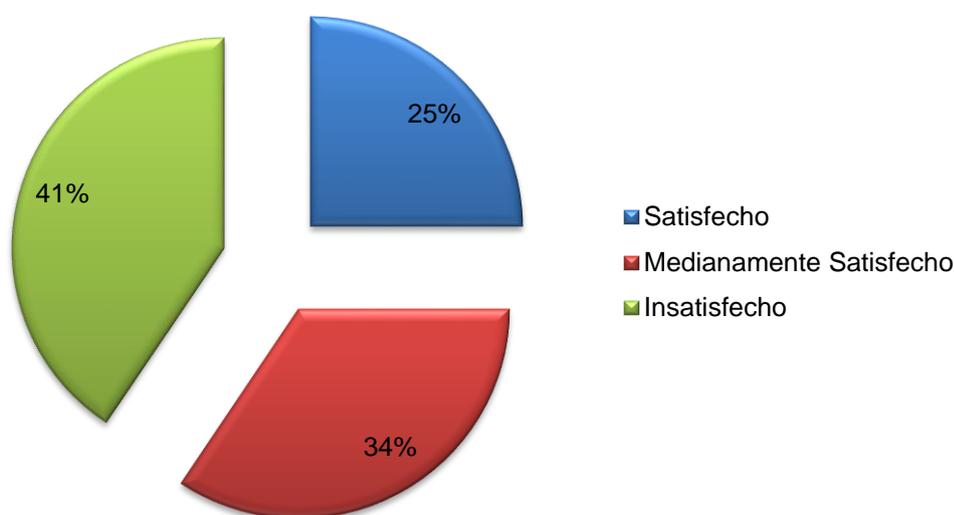
El Sistema de Referencia y Contrareferencia es un mecanismo a través del cual permitan garantizar a la población en general el acceso a los servicios de salud, de las 32 familias en estudio el 15,63% se encuentra satisfecho con este sistema, el 28,13% medianamente satisfecho y el 56,25% se siente insatisfecho.

Tabla Nº 18. Porcentaje del nivel de satisfacción del usuario frente a la solución a los problemas de salud

Nivel de satisfacción del usuario	Solución a los problemas de salud	%
Satisfecho	8	25,00
Medianamente Satisfecho	11	34,38
Insatisfecho	13	40,63
Total	32	100

Fuente: Fichas familiares
Elaborado por: Lissette A. Rivera N.

Gráfico Nº 18. Porcentaje del nivel de satisfacción del usuario frente a la solución a los problemas de salud



Fuente: Fichas familiares
Elaborado por: Lissette A. Rivera N.

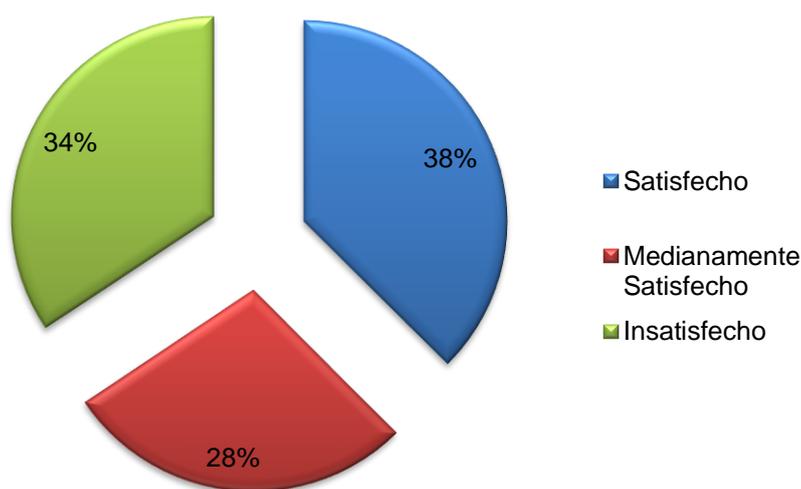
De las 32 familias el 25% se encuentran satisfechas con la solución a los problemas de salud, mientras que el 34 % se encuentra medianamente satisfecho y el 41% se siente insatisfecho.

Tabla N° 19. Porcentaje del nivel de satisfacción del usuario del sector Tambaló frente a las orientaciones sobre los cuidados en el hogar

Nivel de satisfacción del usuario	Orientaciones sobre los cuidados a seguir en el hogar	%
Satisfecho	12	37,50
Medianamente Satisfecho	9	28,13
Insatisfecho	11	34,38
Total	32	100

Fuente: Fichas familiares
Elaborado por: Lissette A. Rivera N.

Gráfico N° 19. Porcentaje del nivel de satisfacción del usuario del sector Tambaló frente a las orientaciones sobre los cuidados en el hogar



Fuente: Fichas de Observación
Elaborado por: Lissette A. Rivera N.

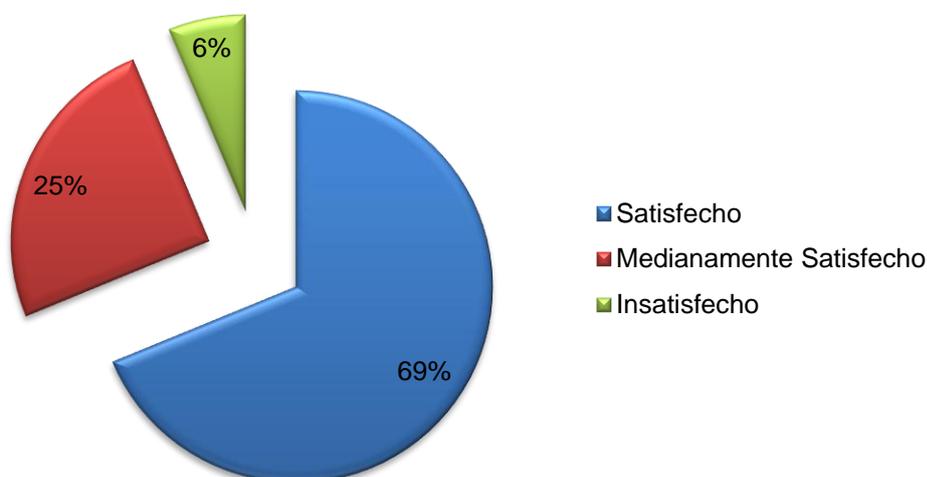
Las indicaciones que brinda el personal de salud son importantes para el tratamiento del usuario, de las 32 familias el 37,5% se encuentra satisfecho con las orientaciones sobre los cuidados a seguir en el hogar, mientras que el 28,13% se encuentra medianamente satisfecho y un 34,38% se siente insatisfecho.

Tabla N° 20. Porcentaje del nivel de satisfacción del usuario del sector Tambaló frente a la entrega de insumos (medicamentos)

Nivel de satisfacción del usuario	Entrega de insumos (medicamentos)	%
Satisfecho	22	68,75
Medianamente Satisfecho	8	25,00
Insatisfecho	2	6,25
Total	32	100

Fuente: Fichas familiares
Elaborado por: Lissette A. Rivera N.

Gráfico N° 20. Porcentaje del nivel de satisfacción del usuario del sector Tambaló frente a la entrega de insumos (medicamentos)



Fuente: Fichas familiares
Elaborado por: Lissette A. Rivera N.

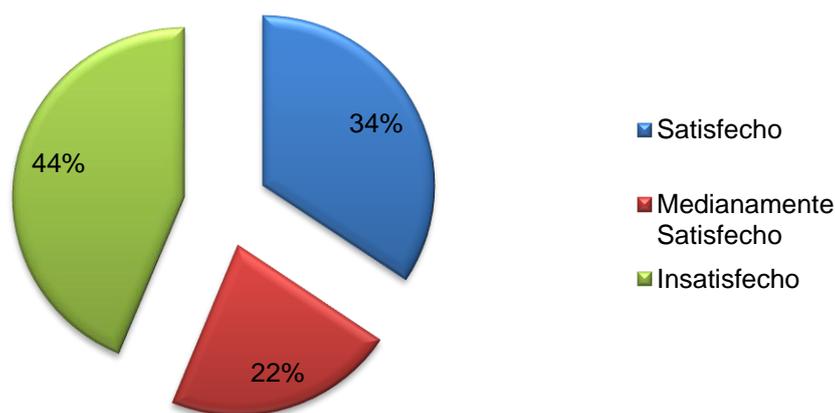
En la gratuidad de Salud que garantiza el Estado Ecuatoriano se encuentra la entrega de insumos, de las 32 familias el 68,75% se encuentra satisfecho, el 25 % medianamente satisfecho y en menor proporción el 6,25% insatisfecho.

Tabla N° 21. Porcentaje del nivel de satisfacción del usuario del sector Tambaló frente a las indicaciones con medicina tradicional y ancestral

Nivel de satisfacción del usuario	Indicaciones con medicina tradicional y ancestral	%
Satisfecho	11	34,38
Medianamente Satisfecho	7	21,88
Insatisfecho	14	43,75
Total	32	100

Fuente: Fichas familiares
 Elaborado por: Lissette A. Rivera N.

Gráfico N° 21. Porcentaje del nivel de satisfacción del usuario del sector Tambaló frente a las indicaciones con medicina tradicional y ancestral



Fuente: Fichas familiares
 Elaborado por: Lissette A. Rivera N.

El Ecuador es un país intercultural y pluricultural, de creencias ancestrales por lo que se caracteriza por su manera particular y diferente en el proceso de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades; así como también su amplia gama de plantas medicinales utilizadas para la rehabilitación de los pacientes con respecto a su salud.

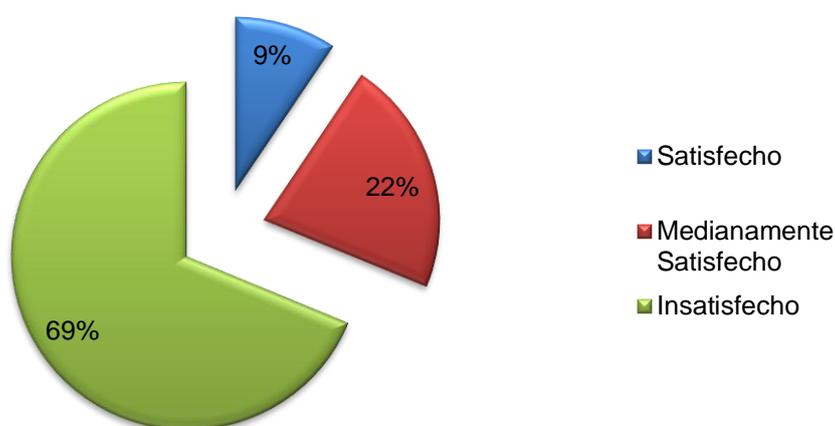
El Modelo de Atención Integral en Salud articula el tratamiento de la medicina convencional con la ancestral, en el gráfico se destaca que de las 32 familias el 34, 38% se encuentra satisfecho, el 21,88 medianamente satisfecho y el 43,75% insatisfecho.

Tabla Nº 22. Porcentaje del nivel de satisfacción del usuario frente a la coordinación de reuniones o actividades comunitarias con el personal de salud

Nivel de satisfacción del usuario	Coordinación reuniones o actividades comunitarias	%
Satisfecho	3	9,38
Medianamente Satisfecho	7	21,88
Insatisfecho	22	68,75
Total	32	100

Fuente: Fichas familiares
Elaborado por: Lissette A. Rivera N.

Gráfico Nº 22. Porcentaje del nivel de satisfacción del usuario frente a la coordinación de reuniones o actividades comunitarias con el personal de salud



Fuente: Fichas familiares
Elaborado por: Lissette A. Rivera N.

La participación comunitaria constituye un eje importante en el ámbito de la salud; de las 32 familias el 9,38% se siente satisfecho con la coordinación de reuniones o actividades comunitarias por parte del personal de salud, mientras que el 21,88% se encuentra medianamente satisfecho y el 68,75% se siente insatisfecho en este ámbito.

4.2 Análisis e interpretación de la guía de observación

Tabla N° 23: Determinación cualitativa sobre el cumplimiento de actividades en el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural

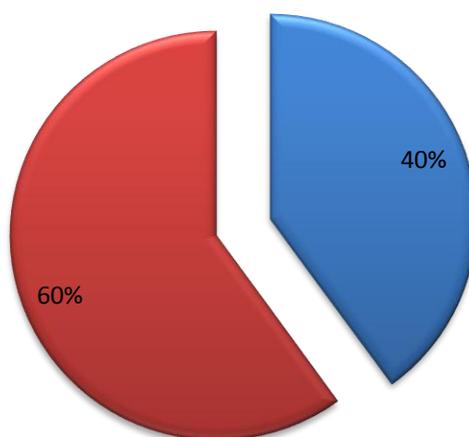
Cumplimiento de actividades	
SI	NO
Planificación de actividades extramurales	Dispone de un comité local de salud
Disponibilidad de insumos, vacunas, fármacos	El equipo de salud está trabajando en la implementación de las intervenciones para controlar los problemas del sector Tambaló
Monitoreo de actividades	El equipo dispone de un diagnóstico situacional actualizado y consensuado con la comunidad de Tambaló
Sistema de Información Bilingüe	Mapa parlante actualizado
-	Sala situacional actualizada
-	Fichas familiares aplicadas

Fuente: Guía de Observación
Elaborado por: Lissette A. Rivera N.

Cumplimiento de actividades	Frecuencia	%
Si	4	40
No	6	60
Total	10	100

Fuente: Guía de Observación
Elaborado por: Lissette A. Rivera N.

Gráfico N° 23. Cumplimiento de actividades por parte del equipo de salud en el SCS San Fernando



■ Si ■ No

- Planificación de actividades extramurales
- Disponibilidad de insumos, vacunas, fármacos
- Monitoreo de actividades
- Sistema de Información Bilingüe

- No dispone de un comité local de salud
- No está trabajando en la implementación de las intervenciones para controlar los problemas del sector Tambaló
- No dispone de un diagnóstico situacional actualizado y consensuado con la comunidad de Tambaló
- Mapa parlante no está actualizado
- Sala situacional no está actualizada
- No se aplican fichas familiares

4.3 Combinación de frecuencias

NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO DEL SECTOR TAMBALÓ FRENTE AL TRATO DEL PERSONAL DE SALUD EN LA ATENCIÓN

Nivel de satisfacción del usuario	Trato del personal de salud en la atención al usuario	%
Satisfecho	5	15,63
Medianamente Satisfecho	8	23,00
Insatisfecho	19	59,37
Total	32	100

Fuente: Fichas familiares
Elaborado por: Lisette A. Rivera N.

NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO FRENTE A LA COORDINACIÓN DE REUNIONES O ACTIVIDADES COMUNITARIAS CON EL PERSONAL DE SALUD

Nivel de satisfacción del usuario	Coordinación reuniones o actividades comunitarias	%
Satisfecho	3	9,38
Medianamente Satisfecho	7	21,88
Insatisfecho	22	68,75
Total	32	100

Fuente: Fichas familiares
Elaborado por: Lisette A. Rivera N.

Frecuencias Observadas

Ítem	Satisfecho	Medianamente satisfecho	Insatisfecho	Total
1	5	8	19	32
10	3	7	22	32
Total	8	15	41	32

Fuente: Fichas familiares
Elaborado por: Lisette A. Rivera N.

Frecuencias Esperadas

Ítem	Satisfecho	Medianamente satisfecho	Insatisfecho	Total
1	4	7.5	20.5	32
10	4	7.5	20.5	32
Total	8	15	41	64

Fuente: Fichas familiares
Elaborado por: Lissette A. Rivera N.

4.4 Modelo Lógico

Ho = El Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitario e Intercultural aplicado en la Parroquia San Fernando, sector Tambaló no permitirá mejorar el nivel de satisfacción del usuario.

H1= El Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitario e Intercultural aplicado en la Parroquia San Fernando, sector Tambaló permitirá mejorar el nivel de satisfacción del usuario.

Nivel de Significación

El nivel de significación con el que se trabaja es del 5%, es decir la probabilidad de aceptación de la Hipótesis alternativa o positiva es del 95%.

Fórmula del chi cuadrado (χ^2)

$$\chi^2 = \sum \left[\frac{(O - E)^2}{E} \right]$$

En donde:

χ^2 = Chi-cuadrado

Σ = Sumatoria

O = Frecuencia observada

E = Frecuencia esperada o teórica

Tabla Nº 24. Cálculo del chi cuadrado (χ^2)

O	E	(O-E)	(O-E) ²	(O-E) ² /E
3	4	-1	1	0.25
5	4	1	1	0.25
7	7.5	-0.5	0.25	0.033
8	7.5	0.5	0.25	0.033
22	20.5	1.5	2.25	0.11
19	20.5	-1.5	2.25	0.11
Total				0.79

Elaborado por: Lisette A. Rivera N.

Grados de libertad

$$GL = (f-1) (c-1)$$

$$GL = (2-1) (3-1)$$

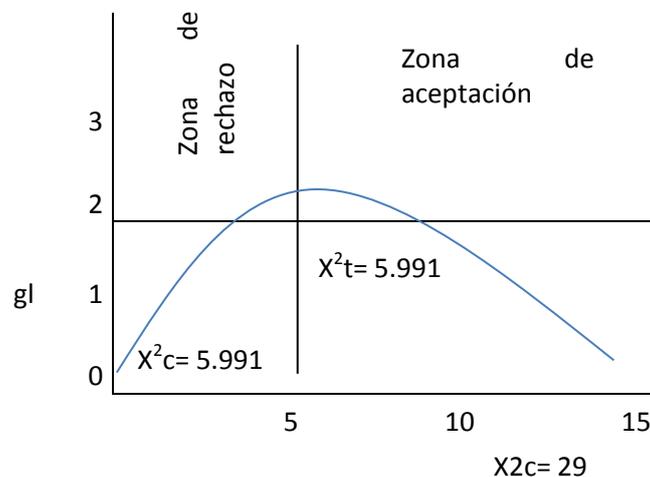
$$GL = 1 \cdot 2$$

$$GL = 2$$

Con un nivel de significancia de 5% (95% de confiabilidad) y 2 grados de libertad, $\chi^2_t = 5.991$

Regla de decisión

Si χ^2_c es $> \chi^2_t$: entonces acepto H_0 y rechazo H_1



4.4 Conclusión

$X^2_c = 0.79 < X^2_t = 5.991$ y de acuerdo a la regla de decisión, se rechaza la Hipótesis alternativa y acepto la hipótesis nula es decir que se confirma que el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitario e Intercultural aplicado en la Parroquia San Fernando, sector Tambaló no permitirá mejorar el nivel de satisfacción del usuario.

4.5. Verificación de la hipótesis

Para verificar la hipótesis se utilizó la prueba estadística del chi-cuadrado que es un estadígrafo no paramétrico o de distribución libre que nos permite establecer correspondencia entre valores observados y esperados, llegando hasta la comparación de distribuciones enteras, es una prueba que permite la comprobación global del grupo de frecuencias esperadas calculadas a partir de la hipótesis que se quiere verificar.

Se verifica: Si $X^2_c > x^2_t$: entonces acepto H_0 y rechazo H_1

Entonces:

ACEPTO H_0 = El Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitario e Intercultural aplicado en la Parroquia San Fernando, sector Tambaló no permitirá mejorar el nivel de satisfacción del usuario.

RECHAZO H_1 = El Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitario e Intercultural aplicado en la Parroquia San Fernando, sector Tambaló permitirá mejorar el nivel de satisfacción del usuario.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Una vez concluido el estudio que fue de tipo descriptivo y retrospectivo realizado con 32 familias en la Parroquia San Fernando, sector Tambaló.

- La aplicación de las fichas familiares ha facilitado la identificación de los diferentes riesgos para la salud como: la existencia de los riesgos biológicos como un indicador de vacunación incompleta con un 75% de grupo en riesgo de muy bajo a alto; además estuvo focalizado en el sexo femenino con un 85% de mujeres sin DOC uterino y embarazadas sin controles prenatales en un 40%. Además de la identificación de riesgos sanitarios como la presencia de animales intradomiciliarios en un 78,125 % de familias con alto riesgo de zoonosis, así como la mala eliminación de basura en un 68,75% y de desechos líquidos más del 93%.
- El nivel de escolaridad y las prácticas de salud ancestrales influyen en la aceptación del Modelo de Atención Integrada en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural ya que el 44 % se siente insatisfecho frente a las indicaciones con medicina tradicional y ancestral.
- La ocupación de las madres tanto la agricultura como los quehaceres domésticos dificultan que cumplan con el esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones, por ende se obtendrán coberturas de vacunación bajas.

- La participación comunitaria es casi nula ya que la comunidad se siente insatisfecha en un 68,75 % en cuanto a la coordinación de reuniones o actividades comunitarias con el personal de salud.
- El nivel de satisfacción del usuario frente al Modelo de Atención Integrada en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural, se definió a través del acceso a los servicios de salud, el trato que brinda el personal de salud, la entrega de insumos (medicamentos), y la participación comunitaria y que más del 56% de las familias se encuentran insatisfechas.
- El nivel de satisfacción del usuario tiene una relación proporcional a la planificación y cumplimiento de actividades o intervenciones aplicadas en el Modelo de Atención Integrada en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural bajo la responsabilidad del equipo de salud.

5.2 Recomendaciones

- Realizar un diagnóstico de salud continuo para el seguimiento a las familias con riesgos biológicos y sanitarios.
- Brindar orientaciones educativas articulando la medicina ancestral o tradicional al tratamiento médico establecido.
- Todo el personal de salud debe tener conocimientos teóricos prácticos actualizados del manual en referencia al Modelo de Atención Integrada en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural.
- Crear estrategias que permitan la participación comunitaria en el sector Tambaló.
- Cumplir el cronograma de actividades planificadas tanto intra como extramurales, para el fortalecimiento del Modelo de Atención Integrada en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural bajo la responsabilidad del equipo de salud.
- Se recomienda crear un plan estratégico que sirva para el fortalecimiento del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural con el que se facilite la atención comunitaria.

CAPITULO VI

PROPUESTA

6.1 Datos Informativos

Tema: Plan Estratégico-Táctico “Familias Saludables” para el fortalecimiento del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural en el Sector Tambaló

Unidad responsable: Facultad Ciencias de la Salud

Institución ejecutora: Carrera de Enfermería

Beneficiarios: Familias del Sector Tambaló, Subcentro de Salud “San Fernando”

Ubicación: Sector Tambaló, Parroquia San Fernando, Cantón Ambato, Provincia Tungurahua.

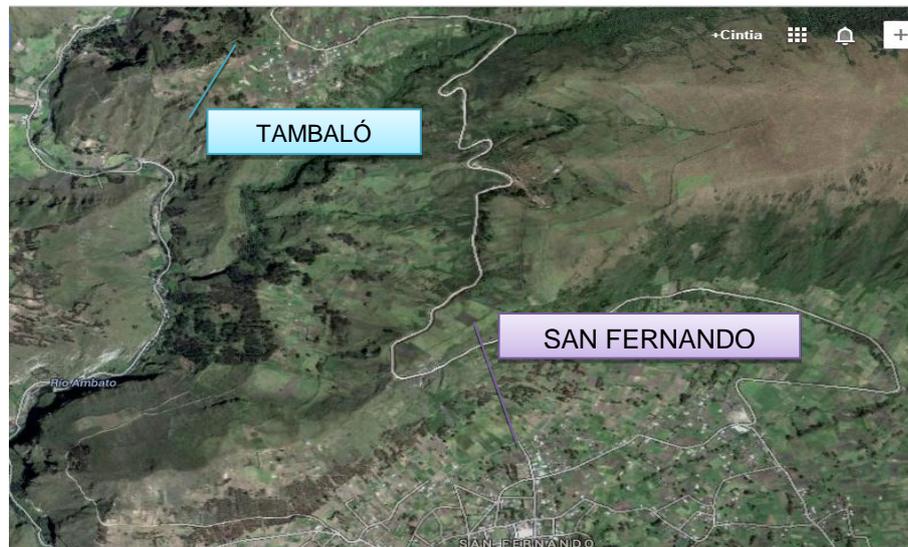


Ilustración 10: Ubicación Geográfica del Sector Tambaló

Fuente: Fotografía tomada de Google Earth 2014

Tiempo estimado para la ejecución: Inicio: Junio 2014 Fin: Noviembre2014

Equipo técnico responsable: Estará conformado por el Personal de Salud que labora en el Subcentro: 1 Médico rural,1 Lic. Enfermera/o, 1 Auxiliar de Enfermería

Costo: El presupuesto para la realización de la propuesta planteada es alrededor de \$500,00 USD y será financiado por la autora.

6.2 Antecedentes de la Propuesta

Una vez realizada la investigación, se ha confirmado que la opción más adecuada para lograr una disminución de problemas relacionados con el tema, es la Planificación Estratégica de Salud para el fortalecimiento del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural en el Sector Tambaló con una constante y adecuada ejecución de actividades que favorecen la promoción de la salud comunitaria y prevención de enfermedades

La aplicación de las fichas familiares ha facilitado la identificación de los diferentes riesgos para la salud tanto biológicos como sanitarios, dándonos así un diagnóstico de salud de la comunidad, que nos permite tomar acciones para el fortalecimiento del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural en el Sector Tambaló.

El nivel de satisfacción estuvo determinado a través de diferentes componentes tales como el acceso a los servicios de salud, el trato que brinda el personal de salud, la entrega de insumos (medicamentos), y la participación comunitaria, tal como se lo ha expuesto anteriormente.

6.3 Justificación

La propuesta planteada tiene mucha importancia social porque se basa en mejorar la cobertura del nuevo Modelo de Atención Integral en Salud

Familiar, Comunitaria e Intercultural en el Sector Tambaló. La comunidad será beneficiada ya que se pretende dar soluciones a los problemas de salud encontrados en la presente investigación.

Esta propuesta tiene el interés de dar a conocer a los miembros del equipo de salud las necesidades de la comunidad, además; fomentar la participación comunitaria con el fin de integrar a los actores sociales de la comunidad para mejorar la calidad de Atención de Salud en el Sector Tambaló

6.4 Objetivos

6.4.1 Objetivo general

- Implementar un Plan Estratégico "Familias Saludables" para el fortalecimiento del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural en el Sector Tambaló.

6.4.2 Objetivos específicos

- Ejecutar un diagnóstico de salud a través del análisis FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas) del sector Tambaló.
- Fomentar la participación comunitaria del Sector Tambaló.
- Estructurar y difundir talleres educativos referentes al Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural.
- Socializar el contenido de la propuesta al personal de salud del Subcentro de Salud "San Fernando".

6.5 Análisis de factibilidad

La propuesta es realizable desde el punto de vista técnico ya que se tiene las bases suficientes en conocimientos, además se cuenta con el apoyo del personal del Subcentro de Salud de "San Fernando".

Es factible desde el punto de vista administrativo ya que se cuenta con los respectivos permisos y autorizaciones de las autoridades de la comunidad y del personal de salud del Subcentro de Salud de “San Fernando”.

Los costos de la propuesta serán facilitados por parte del investigador, se evaluará mensualmente la ejecución de las actividades planificadas en la comunidad la propuesta para valorar su impacto y realizar actualizaciones o modificaciones.

La actual propuesta esta direccionada a las familias del sector Tambaló considerando el nivel socioeconómico y cultural, de tal manera que se utilizaran términos sencillos para mejor entendimiento del receptor, además será respaldado legalmente con el cumplimiento de las normas del buen vivir, reglamentado en la Asamblea Constitucional de Septiembre del 2008, articulando cada uno de sus componentes legales.

6.6 Fundamentación Científico-Teórico

6.6.1 Planificación en los servicios de salud

La planificación estratégica basa la sobre vivencia institucional en la capacidad de adaptación de ésta a su entorno, plantea objetivos en función de él, y asume la incertidumbre como un piso concreto de planificación.

La mirada al escenario en que mueven los servicios de salud y su prospección, ofrece ventajas en la planificación de su espacio de intervención.

La planificación estratégica mantiene el vínculo entre la misión, la visión y los valores, con los objetivos y las estrategias, que permitirán acercarse a la imagen ideal que se tiene de la organización.

Características:

Según el cumplimiento de los objetivos la planificación es estratégica cuando la toma de decisiones tengan impacto a largo plazo y en la planificación táctica se definen los objetivos que permitirán alcanzar los objetivos de mediano plazo que permitirán alcanzar los macro-objetivos y las estrategias definidos con la planificación estratégica.

Generalmente los planes tácticos corresponden a los planes a mediano plazo de las principales áreas de la organización. Se basa en el análisis de la información y en la intuición y perspectivas de quienes participan, para estimar el futuro y decidir los cursos de acción en el largo plazo.

- Es original, en el sentido que es donde se definen lo que se desea alcanzar de mediano a largo plazo.
- Vincula la planificación normativa (misión, visión y valores) con los objetivos y estrategias por abordar.
- Define las pautas generales para la planificación y la gestión de toda la organización.
- Vincula además el futuro con la planificación táctica y operativa, para poder alcanzarlo

Es planteada y conducida en los más altos niveles de la organización.

- No da lineamientos detallados.
- Es flexible, pues dada su temporalidad, se requiere ir haciendo modificaciones para ajustarse a las circunstancias cambiantes.
- Fomenta la planificación y la comunicación interdisciplinarias y de las diferentes unidades de la organización.
- Asigna prioridades sobre los propósitos de la organización y con base en ello, dirige los recursos hacia las áreas prioritarias

Inicio del proceso:

Para iniciar el proceso de planificación estratégica, se debe partir del planteamiento de la misión, visión y los valores de la organización.

Con base en ellos, para el largo plazo, se plantearán los objetivos que se desean alcanzar para que coadyuven en el cumplimiento de la misión y en la búsqueda por alcanzar la visión.

Entre la misión y la visión existe un sinnúmero de cursos alternativos de acción, sobre los cuales la organización deberá valorar para elegir aquellos que prometan un mayor impacto positivo en relación con los objetivos que se plantean.

Definición de los objetivos estratégicos:

Los objetivos estratégicos involucran recursos de alto valor, pueden estar relacionados con la expansión de la organización, alternativas para salir de las crisis, con el desarrollo de nuevos productos o servicios, con la reorganización, con proyectos grandes, entre otros. Es decir, que por tratarse de planificación estratégica, deben implicar logros de gran impacto, que conlleven cambios importantes, dirigidos al cumplimiento de la misión y hacia el logro de la visión

Las estrategias

Es un medio para alcanzar un objetivo, no se pretende que se defina con detalle, pues le concierne a la planificación táctica y a la operativa ir estableciendo los detalles de cómo se irá logrando ejecutar la estrategia.

Como se ha dicho antes, el proceso de planificación no implica instrucciones exactas, sino más bien la aplicación de los elementos generales adaptados a las particularidades de la organización y la planificación estratégica no es la excepción. Por ello, deben utilizarse los métodos aprendidos para la definición de los objetivos estratégicos y la determinación de las estrategias, mediante un proceso de evaluación y

selección de varias alternativas posibles, aquellas que probablemente brinden los mejores resultados.

6.6.2 Familia Saludable

¿Qué es la familia?

La familia es la unidad fundamental de la sociedad, y se encuentra en constante interacción con el medio natural, cultural y social.

En el campo de la salud, la familia debe constituirse en la unidad básica de intervención, ya que sus miembros “tienen el compromiso de nutrirse emocionalmente y físicamente, compartiendo recursos como el tiempo, espacio y dinero”, es en esta unidad donde se debe enfocar la atención para mejorar la salud de la población del país.

Para las acciones de Promoción de la salud, la familia está constituida por los siguientes componentes:

- **Miembros Individuales:** Las familias están constituidas por personas, y para que la familia se considere saludable se necesita que las necesidades de salud de cada uno de sus miembros hayan sido cubiertas.
- **Grupo Familiar:** La familia no es sólo la suma de sus miembros, siendo las relaciones que se establecen entre sus miembros las que determinan el desarrollo positivo o negativo así como el de la familia como un todo.
- **Vivienda y entorno físico:** Las familias desarrollan sus actividades cotidianas en una vivienda y en un entorno, los cuales pueden proteger la salud familiar, o por el contrario representar riesgos para el mantenimiento y desarrollo de su salud.

¿Qué es una familia saludable?

Una familia saludable es la que consigue construir un entorno físico y de relaciones del grupo familiar que favorezcan el desarrollo humano de sus miembros individuales y que les permita alcanzar su óptimo potencial, respetando su dignidad de acuerdo a sus expectativas y necesidades. Si bien este concepto es un ideal, en el marco de las acciones de promoción de la salud se emplean algunos criterios para definir si una familia está en proceso de ser saludable:

- Los miembros individuales de la familia han cubierto sus principales necesidades de salud bio-psico-sociales.
- Los miembros de la familia han adquirido los hábitos y comportamientos saludables más importantes para su etapa de vida.
- Existe una relación adecuada al interior de la familia, en su comunicación, manejo de conflictos, pautas de crianza de los niños, entre otros puntos.
- La vivienda y entorno físicos de la familia, son adecuados para los estándares regionales, brindan un espacio libre de riesgos para la familia.
- La familia está plenamente insertada en la comunidad, participando de las acciones comunales y difundiendo entre las otras familias los contenidos aprendidos y las prácticas saludables adquiridas.

Por último debe considerarse que la vida de la familia no es estable, sino que está en permanente cambio, por la llegada, el crecimiento y la partida de los hijos, como consecuencia del denominado ciclo de vida familiar.

En consecuencia, una familia saludable debe lograr una adaptación exitosa a los desafíos del desarrollo propios de cada etapa del ciclo de vida familiar, superando los problemas y dificultades que cada una de ellas le imprima a la vida en familia.

6.7 Modelo Operativo

Se utilizará el documento del plan estratégico-táctico con el tema “Familias Saludables” para el Subcentro de Salud “San Fernando”.

El personal de salud pondrá en práctica durante la jornada de trabajo con la aplicación de charlas educativas, videos educativos y un folleto sobre Familias Saludables para los usuarios que acuden a la consulta externa con el fin de promocionar los servicios de salud.

Además los actores sociales estarán involucrados en las actividades planificadas para el fortalecimiento del Modelo de Atención en Salud Familiar Comunitaria en Intercultural.

Para que esto produzca el efecto deseado, se deberá motivar al personal de salud a la lectura y observación del manual Modelo de Atención en Salud Familiar Comunitaria en Intercultural del con un interés único, para reforzar sus conocimientos y concientizar su aplicación de la mejor manera en sus actividades laborales.

6.7.1 Plan de acción de la propuesta:

FASES	META	ACTIVIDADES	RECURSOS	TIEMPO	RESPONSABLE	RESULTADOS
Elaboración y diseño de la propuesta (charlas educativas y tríptico)	Formar la propuesta considerando opiniones de personal experto.	Dar a conocer la propuesta (Elaboración de charlas educativas, videos y tríptico)	-Investigadora - Tutora de la investigación - Personal de Salud del Subcentro de Salud "San Fernando"	Del 4 al 22 de junio del 2014	Lissette Rivera	Revisión del tutor Elaboración de charlas educativas, videos y tríptico
Sensibilización	Sensibilizar a tanto al personal de salud como a la comunidad del sector San Fernando sobre la necesidad de adquirir pautas para el fortalecimiento del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural	Socialización con los líderes de la comunidad, y con el jefe de personal de Salud del Subcentro de Salud "San Fernando"	Humanos: - Investigadora - Personal de Salud - Líderes de la Comunidad Materiales: Conversatorio Presupuesto: 5\$	24 de junio del 2014 (3 horas)	Lissette Rivera	Comunidad y personal de salud motivados para la implementación del plan estratégico-táctico "Familias Saludables"

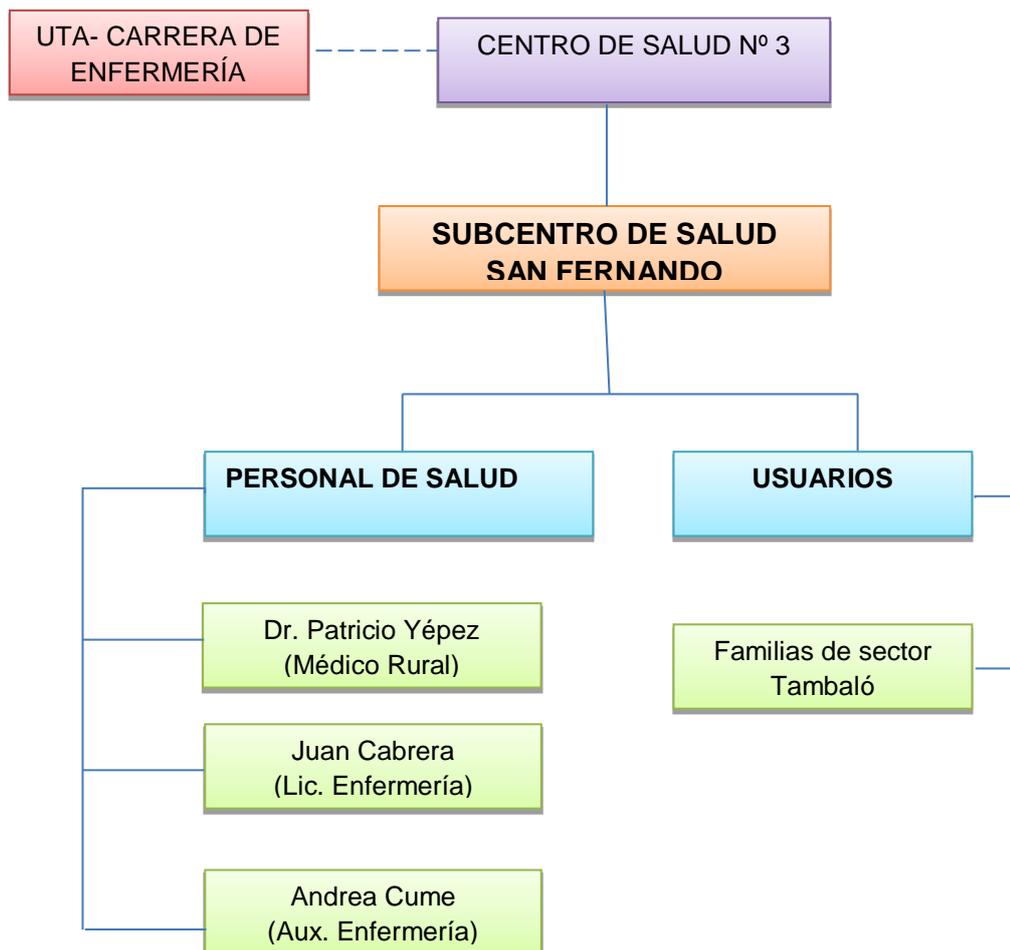
Capacitación	Capacitar a los usuarios de la comunidad del sector Tambaló, además fortalecer conocimientos en el personal sobre el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural	Taller educativo sobre el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural	Humanos: Investigadora, personal de Salud, actores sociales. Materiales: videos, computador, proyector. Presupuesto: 100 \$	26 de junio al 3 de julio del 2014	Lisette Rivera	Personal de Salud y actores sociales con conocimientos sobre el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural, previos a la implementación del plan estratégico-táctico "Familias Saludables"
Ejecución	Implementar el plan estratégico-táctico "Familias Saludables" para el fortalecimiento del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural	-Instauración del Club Promotor de Salud en la comunidad del sector Tambaló. -Taller educativo Familias Saludables(entrega de trípticos, video educativo, charla educativa, retroalimentación)	Humanos: Investigadora, personal de Salud, actores sociales. Materiales: videos, trípticos, computador, proyector. Presupuesto: 200 \$	Del 4 de julio al 10 de julio del 2014	Lisette Rivera	Creación del Club Promotor de Salud a través de un acta. Se imparte conocimientos en el taller educativo haciendo énfasis sobre "Familias Saludables"

Evaluación	Determinar el grado de interés y participación en poner en práctica los conocimientos adquiridos en el Taller Educativo.	Observación y diálogo y preguntas estructuradas	Humanos: Investigadora Materiales: Encuestas y Lista de cotejo Presupuesto: 20 \$	Del 4 de julio al 10 de julio del 2014	Lissette Rivera	Actores sociales de la comunidad comprenden el contenido impartido.
Evaluación del informe final	Fomentar la educación permanente a los usuarios que acuden al Subcentro de Salud de San Fernando	Aplicación de lista de cotejo	Jefe de la Unidad Operativa Presupuesto: 165 \$	Del 15 al 19 de julio	Lissette Rivera	Se introduce el tríptico, video y las charlas educativas sobre el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural

6.8 Administración de la propuesta

La ejecución de la propuesta se realizará básicamente con la implementación de un Plan Estratégico de Salud para el fortalecimiento del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural en el Sector Tambaló. El Taller deberá efectuarse en la sala de espera del Subcentro de Salud de San Fernando, y dirigido a todos los usuarios que acuden a la consulta externa. Se planificará los talleres educativos de preferencia los días jueves aprovechando la feria, ya que la mayor parte de la comunidad del sector Tambaló concurre a la feria de Pasa, además previamente se deberá planificar actividades con el "Club Promotor de Salud de Tambaló", ya que en caso de no asistir a los talleres educativos, el personal de salud tiene la obligación de planificar actividades extramurales para el sector Tambaló.

La investigadora actuará también como veedora y capacitadora de este proceso, de modo que se permita analizar los resultados obtenidos.



6.9 Plan de monitoreo y evaluación de la propuesta

PREGUNTAS BÁSICAS	RESPUESTAS
¿Quiénes solicitan evaluar?	El personal de salud
¿Para qué evaluar?	Para mejorar la aplicación del Modelo de Atención en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural
¿Por qué evaluar?	Porque de esta manera se puede identificar el proceso de las actividades planteadas en el plan estratégico
¿Qué evaluar?	Plan estratégico para el fortalecimiento del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural
¿Quién evalúa?	La investigadora y el personal de Salud del Subcentro de Salud San Fernando
¿Cuándo evaluar?	Durante 6 meses, una evaluación mensual
¿Cómo evaluar?	Por medio de la observación
¿Con qué evaluar?	Por medio de una lista de cotejo.

Elaborado por: Lissette A. Rivera N.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

1. Asamblea Nacional Constituyente del Ecuador. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Quito
2. Barrera, A., Unda, M., & Carrión, A., (1996) *Ciudades y Pueblos Saludables*. OPS. OMS. Edición Centro de Investigaciones Ciudad
3. Castro, H. G., (1994). *Los Trabajos de Ajuste y Combate*. La Habana. Casa de La Américas
4. Chiavenato, I., (2009). *Gestión del Talento Humano*. 3ra. Edición. México D.F. Pág. 33, 243
5. Frenk, J., (2003). *La Salud de la Población*. Hacia una nueva salud pública. Fondo de cultura económica. 3ra edición
6. García, S. J., (2004). *Sobrevivirán los Niveles de Atención a la Revolución de Salud Pública Cubana*. Revista cubana de Salud Pública, enero- marzo, año/vol. 32, 1-6.
7. Machado, S., Pereira, A. (2000) *Los Recurso Humanos y el Sistema de Salud en Brasil*.
8. Ministerio de Salud Pública de Brasil. (2006). *Atención Primaria y Estrategias de Salud de la Familia en Brasil*. Política Nacional de Atención Primaria.
9. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2000). *Manual de Organización de las Áreas de Salud*.
10. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2008). *Modelo de Atención integral, Familiar, Comunitario e Intercultural*. Guía de Operacionalización.
11. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2010). *Guía De Gestión Del Modelo de Atención para Distritos, con Resultado de Alto Impacto Social: Primer Nivel de Atención*. Subsecretaria de Extensión y Protección Social en Salud. Implementación de la Atención Familiar Comunitario e intercultural MAIS-FCI

12. Ministerio de Salud Pública. (2007). *Política Nacional De Promoción de la Salud*. Quito.
13. OPS., OMS. (2007). *Renovación de la Atención Primaria en Salud*. Washington, DC.
14. Ortiz, J., Achig, L., & Morales, J., (2003). *Diagnóstico Participativo de Salud Comunitaria*. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Cuenca.

LINKOGRAFÍA

1. APS Renovada. (2010) *¿Por qué renovar la Atención Primaria de Salud?* Recuperado el 14 de marzo del 2014. Disponible en: <http://new.paho.org/hss/documents/events/nicaragua07/Atencio...>
Periódico EL PULSO - Debate
2. APS Renovada. (2003). *La formulación de la OPS/OMS.* Recuperado el 26 de febrero del 2014. Disponible en: <http://www.periodicoelpulso.com/html/jul05/debate/debate>
3. APS Renovada. (2006). *Los valores sociales como determinantes fundamentales de la salud y de los sistemas de salud.* Recuperado el 11 de marzo del 2014. Disponible en: <http://eurosocialsalud.eu/files/docs/00004.pdf> - 84k
4. Comisión sobre determinantes sociales de la Salud. (2005). *Acción Sobre Los Factores Sociales Determinantes de la Salud.* Recuperado el 13 de marzo del 2014. Disponible en http://www.who.int./social_determinants/en/oms
5. Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo. (2006). *Atención Primaria en Salud (APS).* Recuperado el 23 de febrero del 2014. Disponible en: <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/16>
6. Granados, R. R., (2008). *Tendencias de la Reforma del Sector Salud de América Latina.* OPS- OMS. Recuperado el 22 de febrero del 2014. Disponible en: <http://www.sld,apsdiapos/atencionprimaria.pdf>
7. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2010). *Anuario estadístico de Salud.* Recuperado el 26 de marzo del 2014. Disponible en www.inec.gob.ec
8. Ministerio de Salud de Cuba. (2001). *La Reforma del Sector Salud de Cuba.* Recuperado el 22 de abril del 2014. Disponible en: www.sld.cu/sistema_de_salud/estrategias.html. 2001.
9. OPS. (2006) *Renovando la Atención Primaria de Salud en las Américas.* Recuperado el 30 de marzo del 2014. Disponible en:

http://www.cisas.org.ni/files/Guatemala/dia_1/aps/30%20a%c3%B1os%20APS.pdf

10. Vargas, G. W. (2006). Atención Primaria en Salud. *Su contexto en Histórico y Naturaleza y Organización en Costa Rica*. Recuperado el 25 de abril del 2014. Disponible en <http://www.binasss.sa.cr/libros/atencionprimaria.pdf>

CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASES DE DATOS UTA

1. **SCIELO:** Shimabuku, R y Otros. (2012). *Niveles de insatisfacción del usuario externo en el Instituto Nacional de Salud del Niño de Lima, Perú.* Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342012000400010&script=sci_arttext
2. **BVS:** Cocha, G. (2012). *Nuevo Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural.* Parroquia Izamba-sector la Merced. Disponible en: http://fcs.uta.edu.ec/uoi_ics/index.php/en/articulos/Generativa/enfermeriag/NUEVO-MODELO-DE-ATENCI%C3%93N-INTEGRAL-EN-SALUD-FAMILIAR-COMUNITARIO-E-INTERCULTURAL.-PARROQUIA-IZAMBA--SECTOR-LA-MERCED/
3. **EBRARY:** Aguilar, M. J. (2007). *La participación comunitaria en Salud: ¿Mito o realidad?*. Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/colecciones/docDetail.action?docID=10189806&p00=Atencion+primaria+en+salud>
4. **SPRINGER:** Salvador, R. (2011). *Vidas paralelas: El Sistema Nacional de Salud y su Atención Primaria. Entre dos crisis.* Disponible en: http://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-84-938062-5-5_2
5. **E-LIBRO:** Turabián, J. L., Pérez, F. (2007). *Actividades comunitarias en medicina de familia y atención primaria: un nuevo enfoque práctico.* Disponible en: <http://www.e-libro.net/libros/libro.aspx?idlibro=8601#prettyPhoto>

ANEXOS

Anexo N°1: Ficha Familiar

Universidad Técnica de Ambato
Facultad Ciencias de la Salud
Carrera de Enfermería

Sector: _____

Fecha: _____

Familia N°: _____

Datos Generales

Carga Familiar	Edad	Género		Escolaridad			Ocupación
		Hombre	Mujer	Primaria	Secundaria	Ninguna	
TOTAL							
Grupo	Componente	0	1	2	3	4	
		Sin riesgo	Riesgo Muy Bajo	Riesgo Bajo	Riesgo Moderado	Alto Riesgo	
RIESGO BIOLÓGICO							
1	Personas con vacunación incompleta	Esquema Completo	3 dosis	2 dosis	1 dosis	Sin Vacunación	
2	Personas con enfermedades de impacto	Ninguna	-	Antecedentes familiares	Integrantes con enfermedades de impacto	Integrantes con complicaciones de enfermedades de impacto	
3	Embarazadas sin controles prenatales	5 controles	4 controles	3 controles	1-2 controles	Ninguno	
4	Personas con discapacidad /CONADIS/	Ninguna	-	10-30%	31-69%	70%	
5	Mujeres sin DOC mamario y uterino	2 controles al año	-	1 control al año	-	Ningún control	

Grupo	Componente	0 Sin riesgo	1 Riesgo Muy Bajo	2 Riesgo Bajo	3 Riesgo Moderado	4 Alto Riesgo
RIESGO SANITARIO						
1	Consumo de agua segura	Agua Potable	-	Agua entubada	pozo	Río, Quebrada
2	Eliminación de basura y excretas	recolector	-	relleno	Entierra/quema	Aire libre
3	Mala Eliminación de desechos líquidos	Alcantarillado		relleno	Ríos lejanos	Ríos cercanos
4	Animales intradomésticos	Ninguno	Afuera del domicilio	1 animal doméstico o dentro del domicilio	2 animales domésticos o dentro del domicilio	Animales no domésticos en la vivienda
Componente						
1. Durante su permanencia en el establecimiento el personal le brindó un trato cordial y amable.		S	M	I		
2. El tiempo de espera para ser atendido es aproximadamente de 20 minutos.						
3. Recibe charlas educativas relacionadas con la salud mientras espera ser atendido.						
4. El personal de salud que lo atiende lo orienta sobre el examen que se le va a realizar.						
5. Es transferido inmediatamente al Hospital Regional Docente Ambato (IV Nivel) si el médico lo considera conveniente.						
6. Durante la atención médica le solucionan su problema de salud.						
7. El personal de salud lo orienta sobre los cuidados a seguir en el hogar.						
8. Le otorgan en farmacia todos los medicamentos recetados por el médico.						
9. El personal de salud le da indicaciones de su tratamiento con la combinación medicina tradicional y procedimientos ancestrales						
10. El personal de salud le coordina reuniones o actividades en su comunidad						

Anexo N°2: Guía de Observación

Universidad Técnica de Ambato

Facultad Ciencias de la Salud

Carrera de Enfermería

Objetivo: Establecer el nivel de satisfacción del usuario frente al Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural

Datos Generales:

Fecha: _____ **Unidad Operativa:** San Fernando

Actividades	SI	NO
Dispone de un comité local de salud		
El personal de salud está trabajando en la implementación de las intervenciones para controlar los problemas del sector Tambaló		
El equipo dispone de un diagnóstico situacional actualizado y consensuado con la comunidad de Tambaló		
Mapa parlante actualizado		
Sala situacional actualizada		
Fichas familiares aplicadas		
Planificación de actividades extramurales		
Disponibilidad de insumos, vacunas, fármacos		
Monitoreo de actividades		
Sistema de Información Bilingüe		

Anexo N° 3: Plan estratégico-táctico “Familias Saludables” para el fortalecimiento del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural en el sector Tambaló

<p>1. DATOS GENERALES</p> <p>1.1 NOMBRE: Plan Estratégico-Táctico “Familias Saludables” para el fortalecimiento del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural en el sector Tambaló</p>																										
<p>1.2 ENTIDAD EJECUTORA: Facultad de Ciencias de la Salud. Carrera de Enfermería.</p>																										
<p>1.3 COBERTURA Y LOCALIZACIÓN: El plan estratégico-táctico se ejecutará en el sector Tambaló, ubicado en el Cantón Ambato, en la Parroquia San Fernando.</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Grupo Etáreo</th> <th style="text-align: center;">N° de Personas</th> <th style="text-align: center;">%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>< 1 año</td> <td style="text-align: center;">11</td> <td style="text-align: center;">7,33</td> </tr> <tr> <td>1-4 años</td> <td style="text-align: center;">13</td> <td style="text-align: center;">8,67</td> </tr> <tr> <td>5 - 9 años</td> <td style="text-align: center;">17</td> <td style="text-align: center;">11,33</td> </tr> <tr> <td>10-19 años</td> <td style="text-align: center;">28</td> <td style="text-align: center;">18,67</td> </tr> <tr> <td>20-64 años</td> <td style="text-align: center;">76</td> <td style="text-align: center;">50,67</td> </tr> <tr> <td>65 años y más</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">3,33</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">TOTAL</td> <td style="text-align: center;">150</td> <td style="text-align: center;">100</td> </tr> </tbody> </table>			Grupo Etáreo	N° de Personas	%	< 1 año	11	7,33	1-4 años	13	8,67	5 - 9 años	17	11,33	10-19 años	28	18,67	20-64 años	76	50,67	65 años y más	5	3,33	TOTAL	150	100
Grupo Etáreo	N° de Personas	%																								
< 1 año	11	7,33																								
1-4 años	13	8,67																								
5 - 9 años	17	11,33																								
10-19 años	28	18,67																								
20-64 años	76	50,67																								
65 años y más	5	3,33																								
TOTAL	150	100																								
<p>1.4 MONTO: 500.00 Dólares americanos</p>																										
<p>1.5 PLAZO DE EJECUCIÓN: El proyecto tendrá una duración de 6 meses: Junio, Julio, Agosto, Septiembre,</p>																										

Octubre, Noviembre
1.6 SECTOR Y TIPO DEL PLAN: Plan de intervención/acción.
1.7 RECURSOS HUMANOS PARTICIPANTES: 1 Investigadora (Lissette Rivera) 1 Médico rural (Patricio Yépez) 1 Odontólogo (Daniel López) 1 Lic. Enfermero (Juan Cabrera) 1 Aux. Enfermería (Andrea Cume)
1.8 POBLACIÓN PARTICIPANTE: 32 Familias

2. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL ÁREA DE INTERVENCIÓN DEL PLAN.

La aplicación de las fichas familiares ha facilitado la identificación de los diferentes riesgos para la salud como: la existencia de los riesgos biológicos como un indicador de vacunación incompleta con un 75% de grupo en riesgo de muy bajo a alto; además estuvo focalizado en el sexo femenino, con un 85% de mujeres sin DOC uterino y embarazadas sin controles prenatales en un 40%. Además de la identificación de riesgos sanitarios como la presencia de animales intradomiciliarios en un 78,125 % de familias con alto riesgo de zoonosis, así como la mala eliminación de basura en un 68,75% y de desechos líquidos más del 93%.

En la investigación tanto el nivel de escolaridad como las prácticas de salud ancestrales influyen en la aceptación del Modelo de Atención Integrada en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural ya que el 44 % se siente insatisfecho frente a las indicaciones con medicina tradicional y ancestral. Además es indispensable recalcar que la ocupación de las madres tanto la agricultura como los quehaceres domésticos dificultan que cumplan con el esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones, por ende se obtendrá coberturas de vacunación bajas.

La participación comunitaria es casi nula ya que la comunidad se siente insatisfecha en un 68,75 % en cuanto a la coordinación de reuniones o actividades comunitarias con el personal de salud,

El personal de salud tiene falencias en el diligenciamiento de los instrumentos del modelo de atención tanto en el llenado de la ficha familiar como en la elaboración y manejo del mapa parlante y en la realización de un diagnóstico situacional del sector Tambaló.

El nivel de satisfacción del usuario frente al Modelo de Atención Integrada en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural, se definió a través del acceso a los servicios de salud, el trato que brinda el personal de salud, la entrega de insumos (medicamentos), y la participación comunitaria y que más del 56% de las familias

se encuentran insatisfechas.

MISIÓN

Fortalecer el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural, con visión humanista y ética a través de la calidad asistencial, la investigación y la vinculación, que apliquen, promuevan y difundan el conocimiento sobre familias saludables, respondiendo a las necesidades del sector Tambaló.

VISIÓN

El Subcentro de Salud San Fernando por sus niveles de excelencia en la calidad de atención se constituirá en una unidad operativa de Salud con liderazgo y proyección local.

VALORES MORALES

Puntualidad: Los servicios de salud serán cumplidos dentro de la fecha y hora establecidas, principalmente si hay temporadas de fiestas y eventos de tradición en las comunidades.

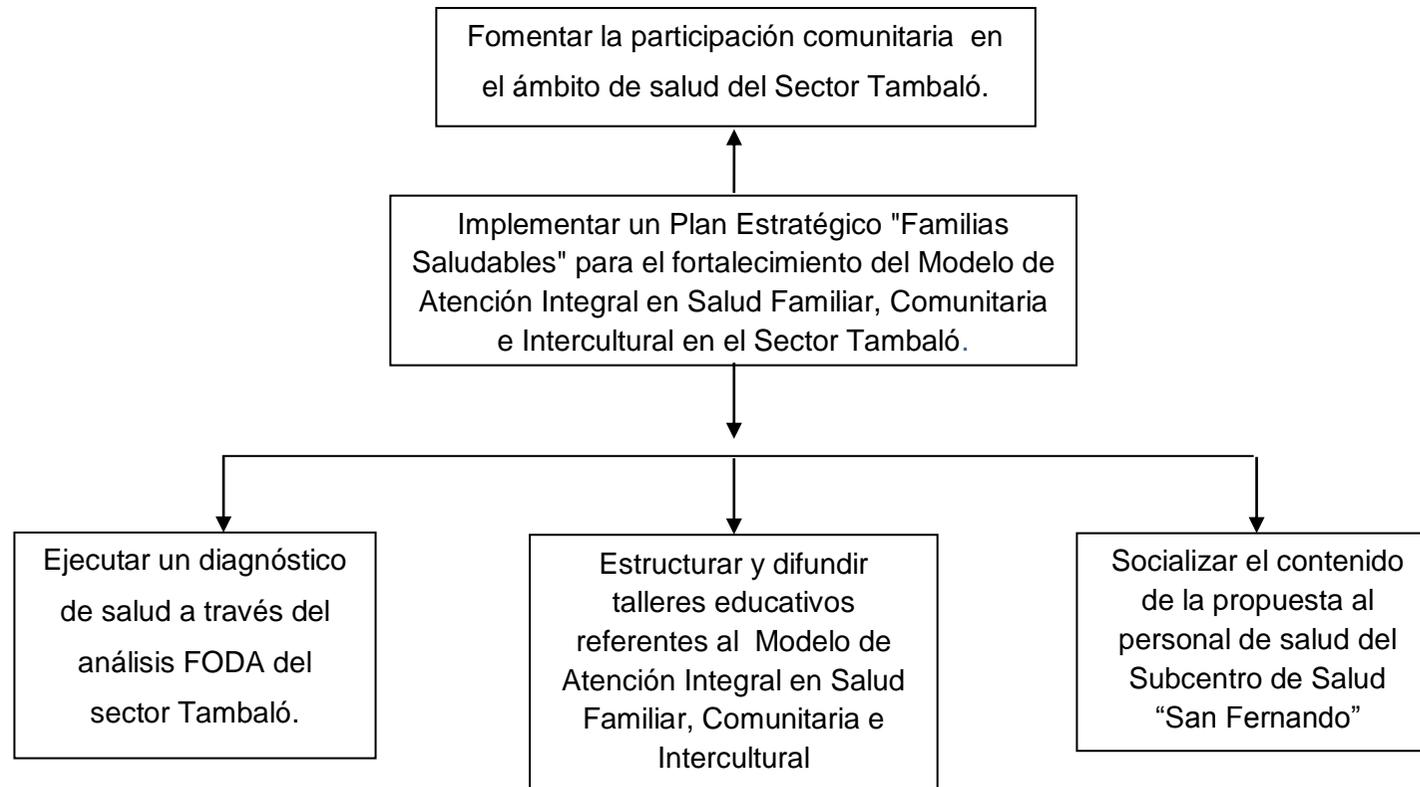
Ética profesional: Los miembros de la organización respetan en todo momento los principios deontológicos de su profesión y no pueden ser obligados a realizar acciones contrarias a los mismos.

Respeto: El respeto a las personas comprende un trato justo, una escucha atenta y unas relaciones claras y transparentes.

Compromiso: La obligación de dar lo mejor de nosotros para alcanzar las metas propuestas por la institución.

3. OBJETIVOS DEL PLAN:

a) Esquema



Análisis FODA

<p>FACTORES INTERNOS</p>	<p>FORTALEZAS Agricultura Medicina Tradicional Ancestral</p>	<p>DEBILIDADES Falta de servicios básicos: recolector de basura, alcantarillado Ubicación geográfica lejana al sector urbano Nivel de escolaridad</p>
<p>FACTORES EXTERNOS</p> <p>OPORTUNIDADES Recursos naturales disponibles Desarrollo local</p>		
<p>AMENAZAS Riesgos biológicos y sanitarios identificados Poca participación comunitaria en salud</p>		

Elaborado por: Lissette Alexandra Rivera Núñez

4. MATRÍZ MARCO LÓGICO

Resumen Narrativo de Objetivos	Indicadores Verificables Objetivamente	Fuentes de Verificación	Supuestos de Sustentabilidad
--------------------------------	--	-------------------------	------------------------------

<p>Fin:</p> <p>Implementar un Plan Estratégico "Familias Saludables" para el fortalecimiento del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural en el Sector Tambaló.</p>	<p>Indicadores del fin:</p> <p>Familias con estilos de vida saludables óptimos</p>	<p>Medios del fin:</p> <p>Realización de talleres educativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrega de trípticos • Videos • Charla educativa 	<p>Supuestos del fin:</p> <p>El Estado impulsa políticas de vinculación, entre las Universidades y la colectividad.</p> <p>Garantiza la salud de la comunidad como parte de sus derechos irrenunciables otorgados en la Constitución en la ley del Buen Vivir.</p>
<p>Propósito Objetivo General:</p> <p>Fomentar la participación comunitaria en el ámbito de la salud</p>	<p>Indicadores del Propósito:</p> <p>Seguimiento mensual de las actividades planificadas.</p>	<p>Medios del Propósito:</p> <p>Aplicación de fichas familiares.</p> <p>Monitorización y evaluación del plan estratégico-táctico mediante una lista de cotejo.</p>	<p>Supuestos del Propósito:</p> <p>La evaluación se realizará por un delegado del personal de salud que realice actividad extramural con la aplicación de las listas de cotejo.</p>

Elaborado por: Lissette Alexandra Rivera Núñez

5. CRONOGRAMA POR OBJETIVO Y ACTIVIDADES					
COMPONENTES/ACTIVIDADES Y SUBACTIVIDADES	TIEMPO ESTIMADO 2014			RESPONSABLES	RECURSOS NECESARIOS
	DESDE	HASTA	#HORAS		
Componente 1: Objetivo Específico 1					
Actividad 1.1: Reunión de las Autoridades de la comunidad y del personal que labora en el SCS San Fernando	24 Junio		2		Documentos
Actividad 1.2: Delegación de funciones	25 junio		1	Lic. Juan Cabrera	Conversatorio
Actividad 1.3: Análisis FODA	26 junio	27 junio	1	Lisette Rivera	Matriz FODA
Componente 2: Objetivo Específico 2					
Actividad 2.1: Taller educativo sobre el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural	26 de Junio	3 de Julio	1	Lisette Rivera	Computador, Proyector, Video
Actividad 2.2: Conformación del Club Promotor de Salud	4 Julio	10 Julio	1	Lic. Juan Cabrera	Acta de conformación del club.
Actividad 2.3: Taller educativo Familias Saludables (entrega de trípticos, video educativo, charla educativa, retroalimentación)	4 Julio	10 Julio	2	Lisette Rivera	Computador, Proyector, , entrega de trípticos y video educativo
Actividad 2.4: Evaluación en base a resultados del taller	4 Julio	10 Julio	3	Lisette Rivera	Observación y diálogo y preguntas estructuradas
Componente 3: Objetivo Específico 3					
Actividad 3.1: Socialización de la propuesta	15 Julio	19 Julio	1	Lisette Rivera	Material de trabajo
Actividad 3.2: Actividades recreativas y refrigerio	19 Julio		3	Lisette Rivera	R. económicos
Actividad 3.3: Evaluación mensual	1 Agosto	31 Noviembre	3	Lic. Juan Cabrera	Lista de cotejo
HORARIO DE ACTIVIDADES PROPUESTAS	OBSERVACIONES				
Meses: 6 (F)..... (F)..... Lisette Rivera Lic. Juan Cabrera AUTORA DEL PLAN DELEGADO DEL PLAN	Los talleres educativos se planificarán dos veces por semana, los días martes y jueves en la sala de espera del SCS San Fernando, caso contrario, el personal de salud está en la obligación de realizar actividades extramurales y aprovechar el tiempo y recursos para la realización de los talleres en la comunidad, previo a la comunicación con el Club Promotor de Salud del Sector Tambaló. Se delega esta actividad a personal de Enfermería: Lic. Juan Cabrera y Aux. Andrea Cume				

PLAN DE CHARLA EDUCATIVA

Tema: Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural

Grupo: Personal de Salud y Autoridades de la comunidad

Lugar: Sala de Espera del SCS San Fernando

Fecha: 26 Junio al 3 Julio

Hora de inicio: 10 am

Duración: 20 minutos.

Objetivo general:

- Educar tanto al personal como a las autoridades comunitarias la importancia de la aplicación del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural

Objetivo específico:

- Analizar las características del MAIS

Técnica de enseñanza: Exposición

Auxiliares de la enseñanza: Carteles gráficos, y diapositivas.

Responsable: Lissette Rivera

Actividades:

- Motivación
- Presentación
- Desarrollo del tema
- Evaluación
- Retroalimentación

Contenido:

- Definición del MAIS FCI.
- Objetivos del MAIS FCI.
- Lineamientos generales del MAIS FCI.
- Rol del MAIS FCI en la comunidad

Evaluación previa:

- ¿Qué entendió del tema?
- ¿Indique que es el MAIS FCI?
- ¿A que contribuye el MAIS FCI?

PLAN DE CHARLA EDUCATIVA

Tema: Familias Saludables

Grupo: Usuarios de consulta externa

Lugar: Sala de Espera del SCS San Fernando

Fecha: del 4 al 10 de Julio

Hora de inicio: 10 am

Duración: 20 minutos.

Objetivo general:

- Educar tanto al personal como a las autoridades comunitarias la importancia de la aplicación del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural

Objetivo específico:

- Analizar las características de una familia saludable

Técnica de enseñanza: Exposición

Auxiliares de la enseñanza: Carteles gráficos, y diapositivas, entrega de trípticos y video educativo

Responsable: Lissette Rivera/Lic. Juan Cabrera/Aux. Enf. Andrea Cume

Actividades:

- Motivación
- Presentación
- Enunciado del tema
- Desarrollo del tema
- Evaluación
- Retroalimentación

Contenido:

- Higiene, alimentación y nutrición saludable, salud sexual y reproductiva, actividad física, importancia de acudir al Subcentro de Salud
- Promoción de los servicios del Subcentro de Salud San Fernando
- Video educativo sobre familias saludables

Evaluación previa:

- ¿Qué entendió del tema?
- ¿Cuáles son los estilos saludables de una familia?
- ¿Cuál es la importancia de acudir al Subcentro de Salud?

en

Servicios del Subcentro de Salud



1. Consulta externa
2. Vacunación
3. Farmacia
4. Odontología
5. Inyecciones
6. Curaciones
7. Emergencias
8. Sutures



Universidad Técnica de Ambato Facultad Ciencias de la Salud Carrera de Enfermería

Una familia organizada, que tiene visión de futuro y es capaz de solucionar sus problemas. Es una familia en la que hay comunicación, se comparten roles y practican estilos de vida saludable

FAMILIA SALUDABLE



No espere más... ACUDA AL
SUBCENTRO DE SALUD !!



No lo piense más, su salud es importante !!

FAMILIAS SALUDABLES...

Objetivo:

Lograr la participación activa de las familias en diferentes procesos sociales que contribuyan a su desarrollo y fomentar estilos de vida saludables...

Higiene:

- LAVADO DE MANOS
- BAÑO FRECUENTE
- CEPILLADO DENTAL
- MANTENER LIMPIA LA CASA
- CONSUMIR AGUA HERVIDA
- LAVAR LOS ALIMENTOS
- CONSERVAR LOS ALIMENTOS EN UN LUGAR LIMPIO

Nutrición:

- CONSUMIR ALIMENTOS SALUDABLES
- REALIZAR HUERTOS FAMILIARES
- EVITAR EL CONSUMO DE GASEOSAS, COLORANTES, COMIDA CHATARRA, ALCOHOL Y TABACO



¿Cual es la importancia?

HIGIENE DEL AMBIENTE:

- No quemar la basura
- No contaminar los ríos
- No tener animales no domésticos dentro de casa

COMUNIDAD SALUDABLE



Se evitan enfermedades

Comunidad Saludable

Estilos de vida saludables

- Practicar el ejercicio frecuente
- Acudir a los controles médicos en el Subcentro de Salud
- Permitir la vacunación en sus hijos y cumplir todo el esquema de vacunación del Programa Ampliado de Inmunizaciones
- Realizarse controles de Papanicolaou por lo menos una vez al año
- Acudir a los controles prenatales para evitar riesgos y complicaciones obstétricas.
- Salud sexual y reproductiva: con la Planificación familiar.
- Articular el tratamiento convencional con la medicina tradicional o ancestral
- No automedicarse
- Participar en actividades comunitarias en el ámbito de salud



Anexo Nº 4: Fotografías

a) Charla educativa



b) Aplicación de fichas familiares

