

ESTRATEGIA DE ABORDAJE MÉDICO DEL BARRIO



GOBIERNO
DE LA REPÚBLICA
DEL ECUADOR



MINISTERIO
DE SALUD PÚBLICA

Ministerio de Salud Pública
Viceministerio de Atención Integral en Salud
Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud, Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud.
Av. República de El Salvador N 36-64 y Suecia Teléfono: 593-2-381-4400/593-2-381-4450
Página Web: www.salud.gob.ec

¿Cómo citar este documento?

Ministerio de Salud Pública, “Estrategia de Abordaje Médico del Barrio y su Equipo de Atención Integral en Salud”. Primera edición. Quito, Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud, 2017, Disponible en: <http://salud.gob.ec>



Médico del Barrio
y su equipo integral de salud

ESTRATEGIA DE ABORDAJE MÉDICO DEL BARRIO

Primera edición
2018

AUTORIDADES

1. Dra. Verónica Espinosa Serrano, ministra de Salud Pública.
2. Dr. Carlos Durán Salinas, viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud.
3. Dr. Itamar Rodríguez, viceministro de Atención Integral en Salud, encargado.
4. Dra. Paula Cisneros, subsecretaria de Gobernanza de la Salud.
5. Dr. Juan Chuchuca Pillajo, subsecretario nacional de Provisión de Servicios de Salud, subrogante.
6. Dr. Carlos Cisneros, subsecretario nacional de Promoción de la Salud e Igualdad.
7. Ing. Miguel Córdova, subsecretario nacional de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud.
8. Dra. Inti Quevedo, subsecretaria Nacional de Vigilancia de la Salud Pública.
9. Dra. Lisset Tapia Yáñez, directora nacional de Primer Nivel de Atención en Salud, subrogante.

EQUIPO DE REDACCIÓN Y AUTORES

- Dr. Itamar Rodríguez, viceministro de Atención Integral en Salud, encargado.
- Dr. Juan Chuchuca Pillajo, subsecretario nacional de Provisión de Servicios de Salud, subrogante.
- Dra. Lisset Tapia Yáñez, directora nacional de Primer Nivel de Atención en Salud, subrogante.
- Od. Patricio Salazar Valdez, coordinador de gestión interna de la DNPNAS.
- MPH. Freddy Narváez Pullopaxi, coordinador de gestión interna de la DNPNAS.
- Psic. Néstor Casañas Velasteguí, analista de la DNPNAS.
- Dr. Alejandro Vladimir Díaz Sorto, especialista de Organización e Implementación de Políticas y Normativas de los Servicios de Primer Nivel
- Lic. Nancy Taco Vedón, analista de la DNPNAS.
- MPH. Rebekka Franziska Gerstner, analista de la DNPNAS.
- Dr. Carlos Xavier Salgado, analista de la DNPNAS.
- Psic. María Elizabeth Balarezo Morales, analista de la DNPNAS.
- Psic. Carina Mercedes Pavón Báez, analista de la DNPNAS.
- Ing. Myriam Rodríguez Guerrero, analista de la DNPNAS.
- Dra. María Elizabeth Almeida Zambrano, analista de la DNPNAS

COLABORADORES

- Dr. María José Jimbo Ludeña, directora nacional de Discapacidades.
- Dr. Carlos Guevara Molina, asesor de la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud.
- Od. Ana Gabriela Luzuriaga, analista de la DNH.
- Dr. Rolando Vinicio Bernal Segarra, analista de la DNH.
- Dra. Carolina Joann Puente Leiva, analista de la DND.
- Dr. Robert Andrés Dávila Sánchez, especialista de primer grado en genética clínica.

TABLA DE CONTENIDO

I. PRESENTACIÓN.....	3
II. INTRODUCCIÓN.....	4
III. JUSTIFICACIÓN.....	5
IV. MARCO LEGAL.....	7
Constitución de la República del Ecuador 2008.....	7
Ley Orgánica de Salud.....	11
Ley Orgánica de Discapacidades.....	13
Plan Nacional para el Buen Vivir 2017-2021.....	14
Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI).....	15
V. OBJETIVOS.....	17
Objetivo general.....	17
Objetivos específicos.....	17
VI. ALCANCE.....	18
VII. DEFINICIONES.....	20
VIII. LINEAMIENTOS OPERATIVOS.....	27
Fase 1: Preparación para la implementación	28
Fase 2: Implementación inicial.....	29
Fase 3: Atención	31
Fase 4: Monitoreo, evaluación y seguimiento	33
Fase 5: Actividades de consolidación de la estrategia	34
IX. METODOLOGÍA PARA LA IMPLEMENTACIÓN.....	35
Día 1	36
Primeras Acciones	36
Reorganización.....	37
Día 2	39
Identificación y Captación	39
Referencia.....	40
Atención.....	40



I. PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud Pública, en el marco del Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 Toda una Vida, impulsa la consolidación del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural a través de la implementación de la Estrategia de Abordaje “Médico del Barrio y su Equipo Integral de Atención en Salud. Se reconoce así que es necesario reorganizar la prestación de servicios desde el primer nivel, hacia el segundo y tercer nivel de atención en salud, en el marco de la atención primaria en salud renovada.

El presente documento es una herramienta que busca fortalecer las capacidades de cada miembro de los equipos de salud, a través de un reenfoque del trabajo intra y extra mural, a fin de garantizar el acceso a los servicios de salud a las personas que durante mucho tiempo han necesitado de una atención prioritaria, de esta manera se contribuye a la reducción de la inequidad existente en la atención de salud de nuestros habitantes.

La estrategia busca ser una respuesta a los objetivos establecidos por el Gobierno en el Plan Nacional de Desarrollo, para lo cual ha sido necesario replantear el trabajo de los equipos de salud así como sus funciones, metodologías y objetivos; tomando en cuenta que la salud no solamente es el resultado de las acciones que este Ministerio realiza, sino también es fruto del trabajo o empeño que cada individuo, familia, vecindad, barrio o comunidad pone de manera individual o colectiva para alcanzar el máximo nivel de salud posible.

Se deberá tomar en cuenta para su aplicación las características o particularidades, así como aquellos aspectos ideológicos o socioculturales que cada zona, provincia, cantón o área de influencia posean.

II. INTRODUCCIÓN

El presente documento establece los lineamientos para que el personal de salud ejecute de manera estandarizada la implementación de la Estrategia de Abordaje “Médico del Barrio y su Equipo Integral de Atención en Salud”.

Este texto contiene cuatro partes:

- **PARTE UNO:** Aspectos de presentación e introducción que dan el sustento legal al documento.
- **PARTE DOS:** Definiciones y estandarización de terminología.
- **PARTE TRES:** Lineamientos operativos de la estrategia.
- **PARTE CUATRO:** Metodología de Implementación.



III. JUSTIFICACIÓN

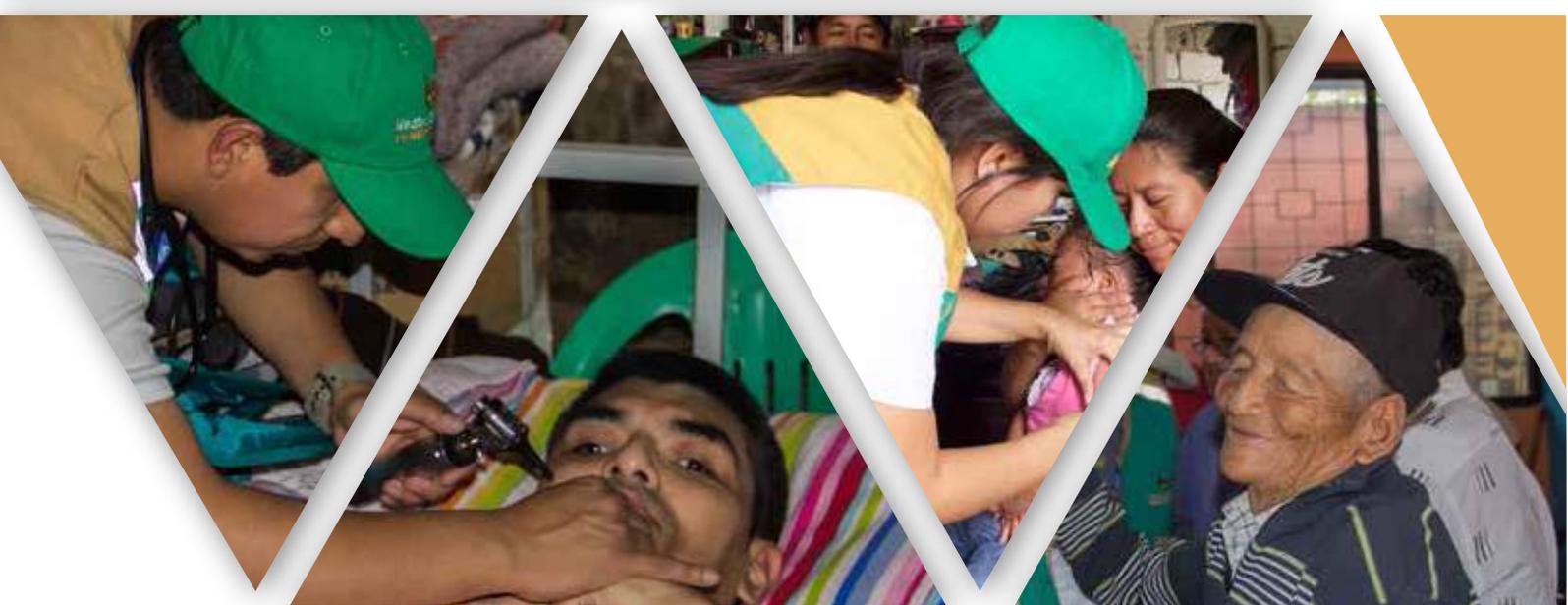
Para el desarrollo del Sistema Nacional de Salud se requiere la ampliación de la cobertura, a través de la creación y mejora de establecimientos de salud, así como el incremento del talento humano, su formación y especialización. Hoy en día es necesario cohesionar todos estos elementos a fin de lograr el desarrollo integral del sistema y garantizar la atención integral en salud para la población.

El Plan Nacional de Desarrollo 2017–2021 Toda una Vida, menciona que el Estado debe encontrarse en las condiciones necesarias para asumir sus tres obligaciones básicas: respetar, proteger y realizar para, en consecuencia, erigir un sistema socialmente justo y asegurar una vida digna, de manera que las personas, independientemente del grupo o la clase social a la que pertenezcan, logren satisfacer sus necesidades básicas, tales como la posibilidad de dormir bajo techo y alimentarse todos los días, acceder al sistema educativo, de salud, seguridad, empleo, entre otras cuestiones consideradas imprescindibles para que un ser humano pueda subsistir y desarrollarse física y psicológicamente, en autonomía, igualdad y libertad.

El Ministerio de Salud Pública, desde su creación ha buscado atender todas las necesidades de salud que la ciudadanía ha demandado. Actualmente se hace necesario desarrollar nuevas y mejores tecnologías, así como también fortalecer las metodologías de trabajo para afrontar los nuevos retos y desafíos en salud como el manejo de enfermedades crónicas no transmisibles, la amenaza del resurgimiento de enfermedades inmunoprevenibles, la muerte materna y diversos eventos epidemiológicos. A través de la implementación de la Estrategia de Abordaje Médico del Barrio se busca garantizar la atención de salud a aquellas personas que hasta hace poco tiempo carecían de facilidad de acceso a los servicios.

De la misma manera se procura establecer de forma efectiva y eficiente un trabajo multisectorial basado en la comunidad, el barrio, la vecindad y principalmente en la familia, como eje integral de estos espacios. De la misma manera busca asegurar que el primer contacto de los individuos con el Sistema Nacional de Salud, sea efectivamente el primer nivel de atención, generando con ello eficiencia y sostenibilidad del sistema.

A través de la implementación de esta estrategia, se motiva a los actores de la comunidad no solo a identificar los determinantes que afectan positiva o negativamente su salud y la de su familia, sino también a participar en la modificación de estos.





IV. MARCO LEGAL

Constitución de la República del Ecuador 2008

ART. 3.

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

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.

ART. 35.

Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

ART. 275 AL 278.

Estos artículos incorporan los principios del Buen Vivir. “El Buen Vivir requerirá que las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades gocen efectivamente de sus derechos, y ejerzan responsabilidades en el marco de la interculturalidad, del respeto a sus diversidades, y de la convivencia armónica con la naturaleza”.

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 la medicina ancestral y alternativa.

ART. 361.

El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, la misma que normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.

ART. 362.

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

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

ART. 363.

El Estado será responsable de:

- Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.
- Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.
- Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos.
- Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución.
- Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto.
- Promover el desarrollo integral del personal de salud.



Ley Orgánica de Salud

ART. 4.

La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias.

ART. 6.- LITERALES

Definir y promulgar la política nacional de salud con base en los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta Ley, así como aplicar, controlar y vigilar su cumplimiento;

Ejercer la rectoría del Sistema Nacional de Salud;

Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares;

Declarar la obligatoriedad de las inmunizaciones contra determinadas enfermedades, en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requiera; definir las normas y el esquema básico nacional de inmunizaciones; y, proveer sin costo a la población los elementos necesarios para cumplirlo;

Regular y vigilar la aplicación de las normas técnicas para la detección, prevención, atención integral y rehabilitación, de enfermedades transmisibles, no transmisibles, crónico-degenerativas, discapacidades y problemas de salud pública declarados prioritarios, y determinar las enfermedades transmisibles de notificación obligatoria, garantizando la confidencialidad de la información.

ART. 7.-

Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos:

- Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud;
- Acceso gratuito a los programas y acciones de salud pública, dando atención preferente en los servicios de salud públicos y privados, a los grupos vulnerables determinados en la Constitución Política de la República;

Ser oportunamente informada sobre las alternativas de tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados con su salud, así como en usos, efectos, costos y calidad; a recibir consejería y asesoría de personal capacitado antes y después de los procedimientos establecidos en los protocolos médicos. Los integrantes de los pueblos indígenas, de ser el caso, serán informados en su lengua materna;

Tener una historia clínica única redactada en términos precisos, comprensibles y completos; así como la confidencialidad respecto de la información en ella contenida y a que se le entregue su epicrisis;

Recibir, por parte del profesional de la salud responsable de su atención y facultado para prescribir, una receta que contenga obligatoriamente, en primer lugar, el nombre genérico del medicamento prescrito;

Ejercer la autonomía de su voluntad a través del consentimiento por escrito y tomar decisiones respecto a su estado de salud y procedimientos de diagnóstico y tratamiento, salvo en los casos de urgencia, emergencia o riesgo para la vida de las personas y para la salud pública;

Ser atendida inmediatamente con servicios profesionales de emergencia, suministro de medicamentos e insumos necesarios en los casos de riesgo inminente para la vida, en cualquier establecimiento de salud público o privado, sin requerir compromiso económico ni trámite administrativo previos;

Participar de manera individual o colectiva en las actividades de salud y vigilar el cumplimiento de las acciones en salud y la calidad de los servicios, mediante la conformación de veedurías ciudadanas u otros mecanismos de participación social; y, ser informado sobre las medidas de prevención y mitigación de las amenazas y situaciones de vulnerabilidad que pongan en riesgo su vida.

ART. 9.

Corresponde al Estado garantizar el derecho a la salud de las personas, para lo cual tiene, entre otras, las siguientes responsabilidades:

- a) Establecer, cumplir y hacer cumplir las políticas de Estado, de protección social y de aseguramiento en salud a favor de todos los habitantes del territorio nacional;
- b) Establecer programas y acciones de salud pública sin costo para la población;
- i) Garantizar la inversión en infraestructura y equipamiento de los servicios de salud que permita el acceso permanente de la población a atención integral, eficiente, de calidad y oportuna para responder adecuadamente a las necesidades epidemiológicas y comunitarias.

ART. 10.

Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva, con sujeción a los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta Ley.

Ley Orgánica de Discapacidades

ART. 19.

Derecho a la salud.- El Estado garantizará a las personas con discapacidad el derecho a la salud y asegurará el acceso a los servicios de promoción, prevención, atención especializada permanente y prioritaria, habilitación y rehabilitación funcional e integral de salud, en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, con enfoque de género, generacional e intercultural.

La atención integral a la salud de las personas con discapacidad, con deficiencia o condición discapacitante será de responsabilidad de la autoridad sanitaria nacional, que la prestará a través de la red pública integral de salud.

ART. 21.

Certificación y acreditación de servicios de salud para discapacidad. La autoridad sanitaria nacional certificará y acreditará en el Sistema Nacional de Salud, los servicios de atención general y especializada, habilitación, rehabilitación integral, y centros de órtesis, prótesis y otras ayudas técnicas y tecnológicas para personas con discapacidad.

ART. 58.

Accesibilidad.- Se garantizará a las personas con discapacidad la accesibilidad y utilización de bienes y servicios de la sociedad, eliminando barreras que impidan o dificulten su normal desenvolvimiento e integración social. En toda obra pública y privada de acceso público, urbana o rural, deberán preverse accesos, medios de circulación, información e instalaciones adecuadas para personas con discapacidad.

Plan Nacional para el Buen Vivir 2017-2021

POLÍTICAS

- 1.2. Generar capacidades y promover oportunidades en condiciones de equidad, para todas las personas a lo largo del ciclo de vida.
- 1.3. Combatir la malnutrición y promover hábitos y prácticas de vida saludable, generando mecanismos de corresponsabilidad entre todos los niveles de gobierno, la ciudadanía, el sector privado y los actores de la economía popular y solidaria
- 1.4. Fortalecer los sistemas de atención integral a la infancia con el fin de estimular las capacidades de las niñas y niños, considerando los contextos territoriales, la interculturalidad y el género.
- 1.5. Fortalecer la protección social, protección especial, atención integral y el sistema de cuidados durante el ciclo de vida de las personas, con énfasis en los grupos de atención prioritaria.

OBJETIVO 3

Políticas y lineamientos estratégicos.

- 3.1. Promover el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de atención que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.
- 3.2. Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas.
- 3.3. Garantizar la prestación universal y gratuita de los servicios de atención integral de salud.
- 3.4. Fortalecer y consolidar la salud intercultural, incorporando la medicina ancestral y alternativa al Sistema Nacional de Salud.

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

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

- 4.4.1 Reorientación del enfoque curativo, centrado en la enfermedad y el individuo, hacia un enfoque de producción y cuidado de la salud sustentado en la estrategia de APS, fortaleciendo y articulando las acciones de promoción, prevención de la enfermedad, en sus dimensiones individual y colectiva; garantizando una respuesta oportuna, eficaz, efectiva y continuidad en el proceso de recuperación de la salud, rehabilitación, cuidados paliativos; con enfoque intercultural, generacional y de género.
- 4.4.2 Acercar los servicios de salud a la comunidad reduciendo las barreras de acceso, disminuyendo la inequidad, fortaleciendo la capacidad resolutive del primero y segundo nivel, organizando la funcionalidad del sistema de manera tal que se garantice que el primer nivel atención se constituya en la puerta de entrada obligatoria al sistema de salud y que los hospitales, dependiendo de su capacidad resolutive, se conviertan en la atención complementaria del primer nivel de atención.
- 4.4.6 Impulsar la participación plena de la comunidad y de los colectivos organizados, generando estrategias y mecanismos organizativos y comunicacionales que faciliten el involucramiento de la población en los procesos de información, planificación, implementación y seguimiento de las acciones de salud, evaluación, veeduría y control social. El sentido de la participación es facilitar el ejercicio de derechos y responsabilidades en salud, que los individuos, las familias, la comunidad y los grupos organizados se constituyan en sujetos activos de la construcción y cuidado de la salud.
- 4.4.7 El fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y la incorporación de experiencias innovadoras y eficaces como la epidemiología comunitaria, que contribuyen a integrar activamente a la población con un sentido de corresponsabilidad en la identificación, análisis y acción frente a las principales condiciones de salud de la comunidad y por otro lado a democratizar el acceso a la información.
- 4.4.8 Fortalecer la planificación e intervención intersectorial que permita intervenir sobre los determinantes de la salud, una actuación coordinada y potenciadora para el desarrollo integral de los territorios, el mejoramiento de la calidad de vida y de las condiciones de salud de la población. El enfoque intersectorial contribuye a la consecución de indicadores de impacto social.





V. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Implementar a nivel nacional la Estrategia de Abordaje Médico del Barrio y establecer la como metodología de acción oficial del Ministerio de Salud Pública para impulsar la consolidación del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI).

OBJETIVO ESPECÍFICOS

- Garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud a la población, con énfasis en los grupos prioritarios y vulnerables, acercando el servicio a la comunidad,
- Reorganizar el uso de los recursos disponibles en los distintos niveles de atención de los servicios de salud.
- Asegurar la participación comunitaria efectiva en las acciones cotidianas de los servicios de salud.
- Permitir un manejo dinámico de la información de salud que viabilice la adecuada toma de decisiones a los distintos niveles del MSP.

VI. ALCANCE

El presente manual es de cumplimiento obligatorio para todo el personal de gestión, administrativo y asistencialista de los establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel de atención, así como de las coordinaciones zonales y direcciones distritales del Ministerio de Salud Pública y se realizará una implementación progresiva a nivel nacional.





VII. DEFINICIONES

BARRIO O COMUNIDAD

Una comunidad se caracteriza por ser una unidad conformada por una organización social en una localización específica, donde la gente encuentra los medios para vivir, pero en la que también se genera una identidad y un sentido de pertenencia. Tomando en cuenta estas características principales, el barrio se entiende entonces como una comunidad en el pleno sentido del concepto en tanto es “una pequeña zona ocupada por un número limitado de gente que vive en una proximidad cerrada y en contacto frecuente, un grupo primario cara a cara. Verónica Tapia Barría, N (apud Anderson, Nels).

El barrio, como la vecindad o la colectividad territorial, es una realidad sociológica, o no es nada. Este no es una pura delimitación topográfica o administrativa, ni tan sólo una población homogénea asentada sobre un área restringida; su realidad constituye el motor de todo el proceso de estructuración y desestructuración de las ciudades. Dice Ledrut, “El barrio, como la ciudad, es una agrupación que se define sobre la base de la proximidad; a veces, sin embargo, su fundamento no es necesariamente la cercanía espacial” (Ibíd.: 118). De este modo ciertos fenómenos de división social son los que reúnen en determinados grupos de viviendas, en determinadas manzanas y/o sectores urbanos a personas que pertenecen a ciertas categorías sociales, constituyendo un sustrato sociológico que puede ser de carácter profesional, étnico o social (Ibíd.). Juan Sepúlveda Manterola, N (apud Ledrut, 1976).

También el barrio está constituido por un entramado de relaciones sociales; sin embargo, no puede reducirse a un sistema de relaciones sociales primarias e informales. El barrio puede llegar a tener definidos y propios límites así como existencia socio-política o socio-administrativa, aspectos que, sin duda, contribuyen a su autoorganización y autoafirmación en tanto colectividad consciente y con personalidad. El barrio dispone, por tanto, de cierta autonomía (Ibíd.). (Ibíd.: 120).

Un barrio es “un ‘agrupamiento’ que engloba un amplio conjunto de ‘relaciones con los demás’ y una pluralidad de esos ‘nosotros’ que son las unidades de vecindad. En tanto que agrupamiento, el barrio estructura, más o menos, estas relaciones y estos ‘nosotros’. Una unidad de vecindad puede convertirse en barrio, siempre que llegue a ser algo más que un entramado más o menos unificado de relaciones con los demás” (Ibíd.: 126).

Por efecto geográfico y cultural se utilizará la denominación “Médico de la Comunidad” en las zonas de alta concentración de comunidades indígenas y “Médico de la Ribera” en las áreas amazónicas.

- 1 Anderson, Nels. Sociología de la Comunidad Urbana. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica. 1965. pp. 65.
- 2 Ledrut, Raymond. “Sociología urbana”. Colección “Nuevo urbanismo”. Instituto de estudios de administración local. Madrid. 1976.

MÉDICO DEL BARRIO Y SU EQUIPO INTEGRAL

En concordancia con las definiciones anteriores, el médico del barrio es todo aquel profesional médico que, en su dinámica de trabajo y compromiso social, llega a formar parte de la comunidad o del barrio, y tiene como tarea asesorar, dirigir y vigilar las acciones en salud de esa población, así como también coordinar el trabajo intersectorial para lograr una incidencia positiva en los demás determinantes de la salud. El médico del barrio posee un equipo de atención integral en salud conformado directamente por una enfermera y un técnico de atención primaria en salud (TAPS) así como todos los demás profesionales de la salud vinculados a una unidad operativa o espacio distrital, con quienes coordina y articula las acciones pertinentes intra y extra sectoriales para garantizar la atención integral en salud.

MÉDICO FAMILIAR Y COMUNITARIO/MÉDICO GENERAL INTEGRAL

Si bien el título profesional puede variar dependiendo de cada país, en esencia se refiere a aquellos especialistas de la salud que centran la atención en el ser humano con un enfoque integral de su salud individual, familiar, comunitaria y medio ambiental, en el marco del concepto de salud desde el punto de vista biológico, psicológico y social con enfoque en la medicina preventiva, promoviendo hábitos saludables de vida, identificando y modificando factores de riesgo para la salud individual, familiar y comunitaria.

En tal sentido, atiende tanto al individuo enfermo, sano o en riesgo, así como a la familia en su conjunto y a la comunidad como un todo en función de sus efectos catalizadores, mediadores, neutralizadores y compensadores de enfermedades, patologías y/o situaciones de riesgo para la salud, e identifica, modifica y aborda riesgos medio ambientales desencadenantes de enfermedades y/o morbilidades³.

En el marco de la Estrategia de Abordaje Médico del Barrio son los responsables de la captación de los pacientes vulnerables y prioritarios, convirtiéndose en los médicos de cabecera y sus familias, y son el ente orientador de la atención global de la población en su ámbito de influencia.

GRUPOS PRIORITARIOS Y GRUPOS VULNERABLES

- **Grupos prioritarios:** Son establecidos por la autoridad sanitaria en función de la política pública y corresponden usualmente a aquellos que históricamente, por su condición social, económica, cultural y política, edad, origen étnico se encuentran en condición de riesgo que les impide incorporarse adecuadamente al desarrollo y acceder a mejores condiciones de vida, al buen vivir⁴. Algunos de estos grupos se encuentran definidos en la Constitución.

3 Adaptado de: Adolfo Delgado R. ¿Qué es Medicina General Integral? [En línea]. <https://www.aporrea.org/misiones/a63083.html>. [consulta: 18 diciembre 2017].

4 Ministerio del Trabajo, DIRECCION DE ATENCION A GRUPOS PRIORITARIOS RENDICION DE CUENTAS 2016. [En línea]. <<http://www.trabajo.gob.ec/wp-content/uploads/2017/05/GRUPOS-PRIORITARIOS.pdf>>. [consulta: 18 diciembre 2017]

Para efectos de la estrategia los grupos prioritarios definidos son los siguientes:

- Adultos mayores
 - Mujeres embarazadas
 - Niños menores de dos años
 - Niños menores de cinco años con malnutrición
 - Niños con esquema de vacunación incompleto
 - Personas con discapacidad (física, auditiva, visual, intelectual, psicosocial)
 - Personas con problemas de salud mental
 - Personas privadas de la libertad
 - Personas con enfermedades crónicas no transmisibles
 - Personas con tuberculosis
 - Personas con VIH
 - Personas víctimas de violencia
- **Grupos vulnerables:** Son personas que aparte de pertenecer a un grupo prioritario presentan condiciones particulares debilitantes o de riesgo y por lo tanto se incrementa su estado de exposición general. Las personas que pertenecen a estos grupos tienen la más alta prioridad para la atención.

Para efectos de la estrategia los grupos vulnerables definidos son los siguientes:

- Mujeres embarazadas con riesgo.
- Niños menores de dos años con desnutrición aguda.
- Personas con discapacidad física e intelectual en abandono y con enfermedades asociadas
- Personas que adolecen enfermedades catastróficas o de alta complejidad, que no tengan adecuado control de ellas o requieran cuidados paliativos.
- Personas con riesgo genético y personas víctimas de violencia de género.

MAPA PARLANTE DINÁMICO

Instrumento técnico y metodológico que permite conocer en forma gráfica a los actores sociales, el proceso vivido por los actores locales, los factores de riesgo y protección (ambientales referidos a estilos de vida, sanitarios y biológicos).

El mapa parlante utiliza una serie de símbolos e iconografía estandarizada para dar a conocer los límites políticos administrativos de la comunidad, así como los grupos prioritarios vulnerables identificados.

SALA SITUACIONAL

Es un espacio físico y virtual de convergencia, donde se conjugan diferentes saberes para la identificación y estudio de situaciones de salud, el análisis de los factores que los determinan, las soluciones más viables y factibles de acuerdo con el contexto local, y el monitoreo y evaluación de los resultados obtenidos después de la aplicación de las decisiones tomadas.

Hay que destacar que, en la conceptualización de la sala situacional, ocupa un lugar central la **gestión en salud**. En tanto se trata de una instancia de articulación entre planeación estratégica y coyuntura para definir acciones, no se limita a un espacio de encuentro para el análisis, la observación o la formulación de políticas y programas: es ante todo un centro de quienes tienen por función dirigir, para fortalecer su capacidad de gestión⁵.

FICHA FAMILIAR

La ficha familiar es un instrumento para registro de información, evaluación y programación de actividades extramurales, que realizan el médico del barrio y su equipo integral de salud durante las visitas domiciliarias. Es un instrumento que recoge la información de las familias, que complementada con la información de la condición de salud individualizada de los usuarios, permite hacer un plan de acciones individuales, del médico y su equipo, de la familia, de la comunidad e intersectoriales que mejoren la condición de vida.

Serán actualizadas por los médicos especialistas en su población objetivo y serán realizadas en un segundo momento por parte del médico del barrio y su equipo de atención integral a la población general, con énfasis y prioridad a la población organizada en espacios cautivos como clubes.

VIGILANCIA COMUNITARIA

Tiene la finalidad de involucrar y responsabilizar a los miembros de la comunidad en la identificación de factores, situaciones o eventos que suceden dentro de su entorno (localidad, barrio, familia) y que pueden afectar la salud y calidad de vida individual o colectiva de las personas. Esta identificación de factores se realiza en coordinación con el Médico del Barrio y su equipo integral de salud. La información proporcionada por los actores sociales permite al equipo de salud identificar condiciones de riesgo que favorecen la aparición de enfermedades o que constituyen un riesgo para la salud.

5 Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud- MAIS. Acuerdo Ministerial 00001162. Primera edición. Ecuador. MSP. 2013.

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 da bajo las normas, protocolos y guías clínicas de atención establecidas por la Autoridad Sanitaria Nacional que son de cumplimiento obligatorio para todas las unidades de la Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria⁶.

ATENCIÓN EXTRAMURAL

Es la atención que se da fuera de las unidades de salud cuyo 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.

CLUBES

Son espacios organizados de personas que comparten una característica y que buscan alcanzar el bienestar en salud a través del trabajo colectivo. Los responsables directos de la organización y monitoreo de los mismos son los médicos del barrio dirigidos por los médicos familiares o generales integrales.

Todos los clubes deben tener metas sanitarias a alcanzar y ser evaluadas.

IDENTIFICACIÓN

Es el proceso de registro y georreferenciación de los pacientes prioritarios y vulnerables en un barrio, comunidad ó ribera.

CAPTACIÓN

Es el proceso de atención de los pacientes prioritarios y vulnerables identificados por parte del especialista de primer nivel de atención (Médico Familiar o MGI). Se considera paciente captado a aquel que ha recibido al menos una atención por parte del MFC o MGI.

⁶ Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud- MAIS. Acuerdo Ministerial 00001162. Primera edición. Ecuador. MSP. 2013.

SEMANA EPIDEMIOLÓGICA

Es una acción de vigilancia de la salud que agrupa los eventos epidemiológicos contemplados de domingo a sábado (en los 365 días del año), a través de esta acción se realiza la comparación de la situación local de salud entre los diferentes periodos de un año o varios de años. Para efectos de la Estrategia de Abordaje “Médico del Barrio”, las acciones y demás eventos serán reportados por Semanas Epidemiológicas.

Programas Emblemáticos del MSP

- Programa de control de los desórdenes por deficiencia de yodo (DDI)
- Programa ampliado de inmunizaciones (PAI)
- Estrategia nacional de salud pública para VIH / SIDA – ITS
- Encuesta nacional de salud y nutrición
- Atención integral por ciclos de vida
- Detección e intervención temprana de los trastornos del desarrollo
- Detección temprana y escolar de discapacidades auditivas en el Ecuador
- Disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos – DAIA
- Programa nacional de sangre
- Proyecto de Tamizaje Metabólico Neonatal

Nota: en las definiciones se recogen conceptos del MAIS - FCI







VIII. LINEAMIENTOS OPERATIVOS

Tomando en consideración que la estrategia de Abordaje Médico del Barrio tiene como principal objetivo garantizar el acceso a los servicios de salud a los grupos vulnerables y prioritarios, lo cual establece una lógica prelación en la atención, se han establecido tres ciclos secuenciales de intervención que en algunos casos pueden ejecutarse de forma simultánea.

Ciclo A: Intervención sobre pacientes vulnerables. Este ciclo implica la identificación y captación de pacientes vulnerables y se considera cumplido al 100% para efectos de la implementación de la estrategia, una vez que se ha generado la totalidad de planes de atención integral personalizados de estos pacientes.

Ciclo B: Intervención sobre pacientes prioritarios. Este ciclo implica la identificación y captación de los grupos prioritarios. Para efectos de la implementación de la estrategia, se considera cumplido al 100% cuando se ha logrado la generación total de planes de atención integral personalizada de los pacientes prioritarios.

Ciclo C: Intervención sobre población general (actividades no desarrolladas en el presente manual). Implica la integración de todos los programas del MSP en la dinámica de trabajo de Médico del Barrio.

Cada ciclo cuenta con fases claramente definidas:

- **Fase I:** Preparación para la implementación.
- **Fase II:** Implementación inicial.
- **Fase III:** Atención.
- **Fase IV:** Monitoreo, evaluación y Seguimiento.
- **Fase V:** Actividades de consolidación de la Estrategia.

FASE

1

PREPARACIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN

El Objetivo principal de esta fase es garantizar las condiciones mínimas indispensables para conseguir una implementación efectiva de la Estrategia de Abordaje “Médico del Barrio”.

Las principales actividades en esta fase son las siguientes:

- Garantizar la disponibilidad de chalecos identificativos de médico del barrio para todo el personal asistencialista, así como de mochilas equipadas.
- Garantizar la disponibilidad de sellos de identificación de casas para “Médico del Barrio”.
- Establecer a través de mapas actualizados los límites geográficos del área de influencia.
- Establecer población existente en el territorio y adscrita al establecimiento.
- Revisar y depurar listado de personas prioritarias y personas vulnerables existentes en la unidad.
- Establecer con claridad la tipología y complejidad de los establecimientos de salud que existen en el área de influencia (micro y macro red).
- Establecer número de médicos generales y en servicio rural con los que cuenta cada establecimiento de salud.
- Establecer número de técnicos de atención primaria en salud (TAPS) y enfermeras del área de influencia.
- Actualizar mapa parlante y sala situacional con la información existente.
- Establecer medios y recursos de transporte con los que cuenta el área de influencia.

Otros datos que se deben conocer son:

- Aspectos culturales: costumbres, tradiciones, lenguaje, etnias, entre otros;
- Actores sociales que existen en el territorio como agencias de cooperación nacional e internacional, gobiernos locales, empresas públicas y privadas, clubes, asociaciones, juntas parroquiales, comités locales de salud.

FASE

2 IMPLEMENTACIÓN INICIAL

El objetivo principal de esta fase es conseguir el reenfoque en la provisión de servicios del primer nivel de atención y garantizar una identificación eficiente de los grupos prioritarios y vulnerables.

Las principales actividades en esta fase son las siguientes:

- **Reorganización de los recursos en el primer nivel de atención:**

El producto final de la reorganización deberá ser:

- Conformación de equipos de atención del Médico del Barrio,
- Distribución de equipos del Médico del Barrio por sectores,
- Distribución de los médicos familiares (MFC), médicos generales integrales (MGI) y/o médicos generales con mayor experiencia laboral por circuitos,
- Diseño de la micro y macro red de servicios y,
- Plan de visitas a territorio.

* Todos los médicos especialistas del primer nivel de atención deben ser asignados a la atención directa, para lo cual deberán ser retirados del agendamiento por “contact center” y de cualquier actividad o responsabilidad operativa de gestión administrativa.

- **Identificación de grupos prioritarios y vulnerables**

- La identificación puede ocurrir en la comunidad o en el establecimiento de salud, sin embargo, se considera realizada una vez que se obtiene la georeferenciación y registro de la persona.
- La primera identificación se realiza en función de los documentos actualizados existentes en la unidad y constituye la base de datos y registro inicial. Esta actividad debe complementarse con la georeferenciación.
- El siguiente paso consiste en un barrido del barrio asignado para realizar una identificación rápida de pacientes prioritarios y vulnerables.
- El tercer momento de esta actividad se realiza a través de la vigilancia comunitaria permanente.

- Las actividades principales de esta etapa son las siguientes:
 - * Recorrido del barrio tipo barrido por parte del médico del barrio y su equipo de atención integral en salud.
 - * Identificación de personas prioritarias y vulnerables.
 - * Marcación de la vivienda de las personas identificadas.
 - * Consolidación de base de datos y registro de personas identificadas.
 - * Categorización y recategorización de personas identificadas.
 - * Distribución y agendamiento de atención (intra o extra mural conforme lo requerido) por parte de especialista del primer nivel de atención.
- **Implementación de Red de Vigilancia Comunitaria:**
 - Está orientada al involucramiento de la comunidad en la identificación de personas prioritarias y vulnerables. Se refiere al conocimiento comunitario del diario vivir entre vecinos, ayuda al médico del barrio y su equipo a señalar en qué viviendas se conoce que existen personas vulnerables y personas prioritarias; estas pueden ser sus amigos, familiares, vecinos, etc.
 - Esta etapa se activa inmediatamente después de la identificación y es responsabilidad directa del médico del barrio y su equipo integral en salud.
 - Las actividades a desarrollar son:
 - Identificación de actores y sectores claves en el entorno barrial (restaurantes, panaderías, tiendas, etc.).
 - Sensibilización y organización de los actores identificados.
 - Capacitación en vigilancia comunitaria a los actores sensibilizados y organizados.
 - Establecimiento de canales de comunicación con actores sensibilizados y organizados.
 - Agendamiento de reuniones permanentes con miembros del equipo de vigilancia comunitaria (semanales).

Se considera que la implementación de la estrategia en un territorio definido se ha dado al 100% cuando se ha recorrido la totalidad del mismo con el proceso de identificación y se encuentra en desarrollo la captación.



FASE

3 ATENCIÓN

El objetivo principal de esta fase es garantizar la atención integral de salud a los grupos prioritarios y vulnerables identificados, incluida la asignación de un médico de cabecera a cada uno de los pacientes.

Las principales actividades en esta fase son las siguientes:

- **Captación:**

El proceso de captación se genera una vez que el médico del barrio y su equipo de atención integral han identificado a un paciente prioritario o vulnerable, y realiza una referencia al médico especialista del primer nivel. Si bien la identificación y la captación se pueden realizar simultáneamente, la captación está definida por las siguientes actividades:

- o Atención de la persona identificada por parte del especialista del primer nivel de atención (intra o extra mural, conforme la necesidad).
- o Elaboración de historia clínica familiar.
- o Elaboración y agendamiento de plan integral de atención de persona captada.
- o Consolidación de base de datos y registro de personas captadas.
- o Actualización de mapa parlante dinámico.

Atención de los miembros del núcleo familiar de la persona captada (elaboración de ficha familiar).

- **Referencia:**

Una vez que el paciente prioritario o vulnerable ha sido captado, el MFC o MGI responsable deberá coordinar con la dirección distrital para dar cumplimiento al Plan de Atención Integral generado; esto implica realizar las referencias a los niveles de atención respectivos, garantizando el turno requerido y comunicando al interesado las fechas de cada una de las atenciones.

El MFC o MGI tabulará las atenciones requeridas y llevará el control de seguimiento de estas.

La dirección distrital realizará una agenda que se actualizará diariamente con las atenciones asignadas a los pacientes prioritarios y vulnerables, y se encargará de su gestión y monitoreo hasta el cumplimiento.

- **Atención en segundo y tercer nivel:**

En los casos que amerite y sea factible, el MFC o MGI responsable acompañará al paciente a sus intervenciones en la atención de segundo y tercer nivel, para llevar control estricto de la atención.

La atención en salud para las personas prioritarias y vulnerables, puede darse en el establecimiento de salud o en la vivienda, este último caso está justificado cuando los pacientes por su condición de salud no pueden movilizarse al establecimiento.

- **Contrarreferencia:**

El usuario que inicialmente fue referido/derivado es retornado luego de haber recibido la atención con la información pertinente al establecimiento de salud de menor nivel de atención correspondiente o a la comunidad, garantizando la continuidad y complementariedad de su atención. Es responsabilidad del MFC o MGI en conjunto con la dirección distrital el garantizar la contrarreferencia del paciente y de igual forma contrarreferir al médico del barrio y su equipo de atención integral con las indicaciones pertinentes para seguimiento de los pacientes.



FASE

4 MONITOREO, EVUALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

El objetivo principal de esta fase se subdivide en dos, de acuerdo a la competencia: para los asistencialistas garantizar el cumplimiento del Plan Integral de Atención elaborado para cada paciente, y para los salubristas garantizar la implementación efectiva de la estrategia.

Las principales actividades en esta fase son los siguientes:

- **Seguimiento clínico:**

Es el monitoreo integral y multidisciplinario con la corresponsabilidad de la familia y la comunidad para que las indicaciones que se han realizado al paciente puedan aportar en la recuperación de su estado de salud. El seguimiento clínico requiere de un “Plan de tratamiento” que se instaura desde el momento en que se capta a la persona Prioritaria o vulnerable.

- **Monitoreo:**

En esta etapa se controla el progreso por semanas epidemiológicas de las actividades de la Estrategia de Abordaje Médico del Barrio y su Equipo Integral de Atención, registrando cada una de ellas por niveles de responsabilidad: zonal, distrital y de los establecimientos de salud.

Debe garantizarse un adecuado registro de los datos de atención, casas visitadas, barrios cubiertos, clubes formados, ayudas técnicas entregadas y demás información relevante que permita constatar la adecuada implementación de la estrategia.

- **Evaluación:**

Una vez realizado el monitoreo, se inicia una etapa para la consolidación y análisis de los datos obtenidos desde la implementación de la Estrategia de Abordaje Médico del Barrio. Esta etapa ayuda a verificar un antes y un después en la atención de los usuarios. Con este análisis el equipo de trabajo puede realizar los ajustes necesarios a fin de reorientar las acciones para alcanzar los objetivos establecido.

- **Seguimiento:**

Son las acciones intersectoriales e interdisciplinarias que se generan una vez que se ha evaluado la implementación inicial. Se subdividen en las acciones específicas de control permanente del Plan Integral de Atención de los pacientes prioritarios y vulnerables como responsabilidad de los asistencialistas, y las acciones de control y mejora de gestión de la estrategia por parte de los salubristas, con énfasis en las acciones con Gobiernos Autónomos Descentralizados, Juntas Parroquiales y demás actores que permitan potenciar la estrategia.

FASE

5 ACTIVIDADES DE CONSOLIDACIÓN DE LA ESTRATEGIA

El Objetivo principal de esta fase es establecer un conjunto de actividades que permitan garantizar el cumplimiento de todos los programas del MSP, así como fortalecer la prevención y promoción en el territorio en articulación con los efectos alcanzados por la implementación de “Médico del Barrio”.

Las principales actividades en esta fase son las siguientes:

- a) Monitoreo del cumplimiento de la planificación establecida de los siguientes programas:
 - Programa de Control de los Desordenes por Deficiencia de Yodo (DDI)
 - Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)
 - Estrategia Nacional de Salud Pública para VIH / SIDA – ITS
 - Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
 - Atención Integral por Ciclos de Vida
 - Detección e Intervención Temprana de los Trastornos del Desarrollo
 - Detección Temprana y Escolar de Discapacidades Auditivas en el Ecuador
 - Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos – DAIA
 - Programa Nacional de Sangre
 - Tamizaje Metabólico Neonatal
- b) Direccionamiento del paciente hacia el programa correspondiente de acuerdo a sus necesidades.
- c) Notificación al programa correspondiente para su intervención inmediata en el caso de encontrar pacientes no atendidos de acuerdo a la planificación de cada programa.
- d) Conformación de clubes con el fin de fortalecer la promoción de la salud en la población a través de actividades comunitarias.



IX. METODOLOGÍA DE IMPLEMENTACIÓN

Consideraciones básicas:

- Se necesita que quienes lideren la implementación posean un conocimiento claro sobre el Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS y de la Estrategia de Abordaje Médico del Barrio;
- Debe ser capacitado todo el personal asistencialista, administrativo y de gestión del distrito a ser intervenido;
- Los líderes de la implementación deben tener una actitud positiva, abierta y dispuesta al cambio, así como flexibilidad para encontrar soluciones creativas e innovadoras.



DÍA 1

PRIMERAS ACCIONES

- El Director Distrital y su equipo en conjunto con responsables zonales realizan un análisis y presentación de la situación de salud de su área de influencia, con la finalidad de conocer la problemática, estadísticas generales, perfil epidemiológico y logros alcanzados en temas de salud pública, con énfasis a la información que se tenga sobre pacientes prioritarios y vulnerables.
- Se realiza la socialización de la Estrategia de Abordaje Médico del Barrio, sus objetivos, conceptos y las fases de implementación y seguimiento.
- Se solicita a los participantes que realicen una lluvia de ideas de cómo la estrategia podría mejorar la situación antes presentada y qué rol creen que ellos desempeñarán.
- Se abre el tiempo para escuchar otras opiniones y aclarar dudas sobre la estrategia.
- Socialización de programas y estrategias vigentes del Ministerio de Salud Pública.

Temas adicionales a tratar.

- Programa Nacional de Genética a cargo de la Dirección Nacional de Centros Especializados-CEGEMED.
- Estrategia Nacional de Eliminación de Transmisión Materno Infantil de VIH a cargo de Gerencia del Proyecto de VIH/SIDA/ITS.
- Estrategias de prevención de malnutrición a cargo del Proyecto de Nutrición en el Ciclo de Vida-Desnutrición Cero.
- Estrategias de Prevención de Muerte Materna a cargo de la Gerencia Institucional de Implementación de Disminución de Mortalidad Materna.
- Calificación y recalificación de personas con discapacidad, entrega de ayudas técnicas a cargo de la Dirección Nacional de Discapacidades.
- Lineamientos de calificación y entrega de ayudas técnicas.
- Plataforma de Registro de Atención en Salud (PRAS) a cargo de la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud.

REORGANIZACIÓN

En una cartulina o pizarra se debe escribir cuáles son los productos que al final de la reunión deberán estar elaborados.

- Conformación de equipos de atención del Médico del Barrio;
- Distribución de equipos del Médico del Barrio por sectores;
- Distribución de los médicos familiares (MFC), médicos generales integrales (MGI) y/o médicos generales con mayor experiencia laboral por circuitos;
- Diseño de la micro y macro red de servicios; y,
- Plan de visitas a territorio.

En esta actividad únicamente se contará con el director distrital, equipo zonal, equipo de planta Central, MFC, MGI, médico rural, TAPS y enfermeras.

El distrito presentará:

- Los límites geográficos de su área de influencia.
 - Población adscrita al territorio.
 - Establecimientos de salud existentes en área de influencia.
 - Tipología y complejidad de estos establecimientos de salud.
 - Listado de personas prioritarias y persona vulnerables por establecimiento de salud.
 - Número de médicos generales y en servicio rural con los que cuenta cada establecimiento de salud.
 - Con cuántos técnicos de atención primaria en salud y enfermeras se cuenta en el área de influencia.
 - Mapa parlante actualizado.
 - Medios de transporte con los que cuenta el distrito.
- De acuerdo con el número de médicos generales, rurales, enfermeras y TAPS se conforman los equipos de Médico del Barrio.
- Según el número de equipos de Médico del Barrio conformados y médicos del barrio especialistas se asigna un determinado territorio y población de acuerdo con criterios de localización, dispersión y prevalencia de grupos prioritarios y vulnerables, analizando la situación de morbi-mortalidad y los determinantes sociales que afectan a la salud. Esta distribución en algunos casos asignara territorios de “RESPONSABILIDAD” y otros de “ENCARGO”.

- Los médicos especialistas son asignados de acuerdo con la cantidad de pacientes prioritarios vulnerables captados en las unidades de salud; en el caso de que una unidad operativa cuente con mayor cantidad de pacientes prioritarios vulnerables, los médicos especialistas deberán realizar itinerancia a fin de cubrir la demanda.
- Los participantes se dividen en grupos de cuatro, cada grupo presenta en un papelote o proyector de imagen una propuesta de cómo funcionaría la micro y macro red en su área de influencia definiendo además el flujo que los pacientes deberán seguir para garantizar la atención.
- Una vez presentadas las propuestas de micro y macro red, en conjunto se elabora la propuesta definitiva de cómo funcionarían en ese distrito la referencia, contrareferencia de acuerdo a la conformación de las Redes.
- Finalmente se elabora el plan de visitas a territorio para la identificación y captación de personas prioritarias y vulnerables.
- El día termina con la entrega oficial a cada unidad de salud de quiénes conforman los equipos del Médico del Barrio y cómo están distribuidos por sectores, cuáles son sus MFC y MGI de cabecera, a qué centros de salud realizarán la referencia o derivación comunitaria, y cuál es el plan de visitas.
- De acuerdo a la conformación de los equipos y distribución se planifica el lugar de encuentro, hora y la movilización para iniciar el día dos.
- El director distrital a través de la coordinación zonal deberá remitir a la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud y a la Coordinación General Administrativa Financiera con copia al Viceministerio de Atención Integral en Salud, la solicitud justificada y validada de recursos para cierre de brechas de TH y demás necesidades existentes para la adecuada implementación total de la estrategia. Esta información deberá ser incluida en el reporte semanal a la Presidencia de la República en el componente de “AMENAZAS y NUDOS CRÍTICOS” por parte del equipo nacional de seguimiento de la Estrategia de Abordaje Médico del Barrio.

DÍA 2

Durante el segundo día, cada equipo del Médico del Barrio debe estar acompañado por un delegado de Provisión de Servicios del Distrito, el cual acompañará al equipo en el trabajo de campo o extramural. Además, un delegado Zonal y/o Central también acompañaran en esta actividad.

IDENTIFICACIÓN Y CAPTACIÓN

Tomando en cuenta el listado y ubicación de personas identificadas como prioritarias vulnerables, se procede en equipo a realizar la visita domiciliar cumpliendo las siguientes actividades.

- Constatar la condición de salud actual,
- Identificar o ratificar el grupo prioritario,
- Determinar el punto de georreferenciación y,
- Actualizar la ficha familiar (si no se dispone de ella se planificará una próxima visita para su llenado).

Existe la posibilidad que por medio de la vigilancia comunitaria (referencia de personas de la comunidad) en el sector visitado se localicen nuevos casos de personas no captadas anteriormente, en este caso se procederá a lo siguiente:

- Visitar el domicilio de la/las personas,
- Valorar su condición de salud,
- Determinar el punto de georreferenciación y,
- Registrar los datos según el formulario de registro, que contiene lo siguiente: nombres completos, número de identificación (cédula de identidad, pasaporte, carné de refugiado) dirección de residencia señalando una referencia, datos de familiar o acompañante cercano, valoración clínica y condición actual, determinación del grupo vulnerable.
- Programar una próxima visita domiciliar para el registro de ficha familiar,
- En caso de que el paciente requiera atención emergente se procederá a la notificación y referencia inmediata de acuerdo a la normativa vigente.

- La información recopilada durante la visita familiar servirá para iniciar una base de datos o actualizar la ya existente. Esta base de datos servirá para el control, seguimiento de pacientes así como para el monitoreo del avance y evaluación del proceso de implementación de la Estrategia.

REFERENCIA

Las personas que han sido identificadas durante la visita domiciliaria deben ser agendadas para atención en el centro de salud asignado o visita domiciliaria de ser pertinente por parte del médico familiar comunitario o el médico general integral.

- El equipo de salud, durante la visita domiciliaria, genera una lista de personas prioritarias y vulnerables. Esta lista puede ser física o digital. En caso de ser digital se cargará en un dispositivo electrónico.
- A partir de la metodología acordada por el distrito y los equipos de atención, la lista digital o física de personas prioritarias y vulnerables es entregada al MFC/MGI para que se realice agendamiento de manera inmediata y prioritaria.
- El equipo Médico del Barrio comunica vía telefónica a las personas de la lista el día en que tienen su cita con el médico especialista.

ATENCIÓN

Como se mencionó anteriormente, la atención puede ser realizada en la comunidad y/o en el establecimiento de salud; todo dependerá de la condición de salud que tenga el usuario en el momento de la visita. Incluso de ser necesario la atención puede darse en el mismo momento de la identificación o captación, si existe una emergencia. En ese caso también podrá realizarse la referencia a un nivel superior.

En un primer momento toda persona prioritaria vulnerable debe ser vista por el médico familiar y comunitario o por el médico general integral, que realizará una evaluación y estudio completo de la condición de salud de la persona. Esta evaluación incluye además el estudio de cada miembro de la familia y el análisis del entorno familiar y comunitario, a fin de identificar factores protectores o de vulnerabilidad que están incidiendo de manera negativa o positiva en la salud de la persona identificada como prioritaria vulnerable. Apertura de historia clínica familiar.

La atención debe ser interdisciplinaria. En ese sentido el médico del barrio especialista incluirá en el plan de tratamiento las interconsultas con las demás áreas de la medicina que favorezcan la mejora del paciente, es decir psicología, terapia ocupacional o de lenguaje, rehabilitación, medicina general, trabajo social, entre otras.

Si bien el médico general del barrio es el que identificó y refirió a la persona, deberá estar al corriente de la evolución del paciente, el cual en algún momento le será re-

tornado a su consulta general para el seguimiento. Esto implica un trabajo estrecho permanente con el MFC o MGI.

En la atención también se debe tomar en cuenta la responsabilidad de la familia y la comunidad en la mejora o conservación de la salud de las personas. En ese sentido el Médico del Barrio y su Equipo Integral de Atención en Salud generan estrategias y acciones para el involucramiento de estos actores; es acá donde surgen los clubes. Es decir que el personal de salud debe propiciar que las personas identificadas como prioritarias vulnerables ingresen a algún club donde se reúnen personas que tienen en común algunas variables como edad, condición de salud, diagnóstico, es decir “grupos pares”. Los clubes pueden estar funcionando en el centro de salud o en la comunidad, o en ambos lugares.

La atención también se extiende más allá del primer nivel de atención, es decir en aquellas situaciones que el médico del barrio especialista no cuenta con la capacidad instalada para resolver el problema de salud del usuario; en este caso recurre a la “Referencia”.





Médico del Barrio

y su equipo integral de salud



GOBIERNO
DE LA REPÚBLICA
DEL ECUADOR



MINISTERIO
DE SALUD PÚBLICA