

Modelo de atención integral de salud familiar, comunitario e intercultural

Model integral care of family, community and intercultural health

Comprehensive família modelo de atenção, comunidade e saúde intercultural

Eva I. Dominguez-Bernita¹
evaidominguez@gmail.com

Cecil H. Flores-Balseca^{II}
cecil.floresb@ug.edu.ec

Segundo F. Pacherras-Seminario^{III}
segundo.pacherress@ug.edu.ec

Recibido: 19 de diciembre de 2016 * **Aceptado:** 28 de febrero de 2017 * **Publicado:** 2 de mayo 2017

¹Magister en Gerencia de Servicios de Salud, Licenciada en Terapia Respiratoria, Tecnóloga Médica en Terapia Respiratoria, Docente de la Universidad Estatal de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador.

^{II}Magister en Salud Pública, Doctor en Medicina y Cirugía, Diplomado en Docencia Superior, Docente de la Universidad Estatal de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador.

^{III}Magister en Docencia Universitaria e Investigación Educativa, Psicólogo Clínico, Diplomado en Docencia Superior, Docente de la Universidad Estatal de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador.

Resumen

En el Ecuador se persigue mejorar el estado de salud de la población, por lo que en la actualidad se ha desarrollado un modelo de atención integral de salud familiar, comunitario e intercultural (MAIS-IFC), el mismo que considera aspectos como la prevención, accesibilidad y calidad de atención de los usuarios de este servicio a nivel nacional, lo que permite aumentar el grado de satisfacción de los usuarios. Se realizó un estudio descriptivo transversal, con la finalidad de analizar el impacto en la calidad de satisfacción a los usuarios externos del sector de las Marianitas, del Área de Salud #16-Daule, de la provincia del Guayas, en relación al cumplimiento y aplicación del modelo de atención integral de salud familiar, comunitario. La población de estudio estuvo conformada por: 28 personas del área administrativa y 32 del equipo de salud, además se encuestaron a 355 pacientes que acudieron al hospital. Entre los principales resultados se pudo apreciar que existe una relación entre el cumplimiento del MAIS-IFC y la satisfacción de los usuarios, donde destacan como puntos fuertes el aumento en la calidad técnica y humana del personal del primer nivel de atención del 83%, relacionada con la amabilidad y respeto del personal auxiliar y enfermeras, la puntuación fue de 69.2%; y la comunicación con el personal (nivel de información) tuvo un valor de 92.3%, también se pudo apreciar quejas por la falta de medicina y la inexistencia de un inventario de mercadería.

Palabras clave: modelo atención integral; salud familiar; comunitario e intercultural; satisfacción; calidad de atención.

Abstract

In Ecuador, the aim is to improve the health status of the population, so a model of comprehensive family, community and intercultural health care has been developed (MAIS-IFC), which considers aspects such as prevention, accessibility and quality of care of the users of this service at national level, which allows to increase the degree of satisfaction of the users. A cross-sectional descriptive study was carried out to analyze the impact on the quality of satisfaction of external users of the Marianitas sector of the Health Area # 16-Daule, of the province of Guayas, in relation to the compliance and application of the care model. The study population consisted of: 28 people from the administrative area and 32 from the health team. In addition, 355 patients who attended the Hospital

were interviewed. Among the main results, it was possible to see that there is a relationship between The compliance of the MAIS-IFC and the satisfaction of the users where the technical and human quality of the personnel of the first level of attention of 83% related to the kindness and respect of the auxiliary personnel and nurses stand out as strengths the score was of 69.2%; And Communication with staff (level of information) had a value of 92.3%, it was also possible to appreciate complaints about the lack of medicine and the absence of an inventory of merchandise

Keywords: integral care model; family health; community and intercultural; satisfaction; quality of care.

Resumo

No Equador visa melhorar o estado de saúde da população, de modo que hoje tem desenvolvido uma abrangente família modelo de atenção, comunidade e saúde intercultural (MAIS-IFC), a mesma que considera aspectos como a prevenção, acessibilidade e qualidade dos cuidados para os usuários deste serviço de âmbito nacional, o que aumenta o grau de satisfação do usuário. Um estudo descritivo transversal foi realizado a fim de analisar o impacto sobre a qualidade de satisfação aos usuários externos sector de Marianitas, Área de Saúde N° 16-Daule, na província de Guayas, em relação ao cumprimento e execução abrangente família modelo de atenção, saúde da comunidade. A população do estudo consistiu de 28 pessoas na área administrativa e 32 equipes de saúde também foram pesquisados 355 pacientes atendidos no hospital. Os principais resultados pode-se observar que há uma relação entre o cumprimento do MAIS-IFC e satisfação do usuário, que se destacam como pontos fortes o aumento no nível de uma equipa de qualidade de cuidados primários técnica e humana de 83%, relacionado com bondade e respeito do pessoal auxiliar e enfermeiros, a pontuação foi de 69,2%; e comunicação com o pessoal (nível de informação) tinha um valor de 92,3% também foi visto queixas sobre a falta de medicamentos ea falta de um inventário de mercadoria.

Palavras chave: modelo de atendimento integral; saúde da família; comunidade e intercultural; satisfação; qualidade do atendimento.

Introducción

Las décadas de los años 80 y 90 se caracterizaron por la depresión de los sistemas de salud de un gran número de países, dada por los programas de ajuste estructural de la economía, la reducción del tamaño del Estado y el cambio de su rol. Fue una era de privatizaciones que afectó la estructura del sector salud, predominando la visión neoliberal donde la salud es un bien a adquirir en el mercado con sus reglas, estas fueron las recomendaciones de los principales organismos financiadores internacionales, y los países que buscaban asistencia financiera fueron obligados, bajo esta política, a privatizar sus servicios de salud y exigir el pago de la atención a los pacientes.^{1,2}

Esto trajo consigo que la Atención Primaria de Salud (APS) se redujera a una medicina básica para personas pobres de países del tercer mundo, estableciéndose una relación perjudicial entre APS y pobreza, o baja calidad o bajo costo, que fue permeando en el imaginario de los referentes sanitarios. Se redujo el primer nivel de atención, sin promover la integración del sistema, de esta manera, los servicios de salud eran insuficientes, de mala calidad y con accesibilidad limitada.³

La República de Ecuador no escapó de estos efectos, y su sistema de salud estuvo marcado por 15 años de reforma neoliberal. Con la Revolución Ciudadana se producen grandes transformaciones en el sector de la salud, destacándose la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI).³

La salud es un derecho universal de todas las personas, es por esto que el gobierno del Ecuador se compromete, según la Constitución de la República del Ecuador y la Ley Orgánica de Salud, a brindar este servicio de manera gratuita, garantizando el libre acceso a atención y medicina que le permita a la comunidad poder mejorar su calidad de vida.⁴

En Ecuador, se implementa el Nuevo Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural en el año 2008; nace como respuesta a las necesidades de la población excluida, que exige su participación organizada en las comunidades.⁵

Actualmente, el Ministerio de Salud Pública de Ecuador, como autoridad sanitaria nacional, está implementando 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. En marzo de ese mismo año, el presidente Rafael Correa declaró lo que se convirtió en un estado de emergencia para la salud que duró 10 meses, y aprobó un financiamiento adicional de 255 millones de dólares para mejorar la infraestructura, y el equipamiento de 1861 centros de salud y 127 hospitales públicos, y para contratar a 4500 trabajadores adicionales. Para superar, por lo menos parcialmente, la segmentación preexistente en el sector público, el presidente ha insistido en integrar las redes de provisión de servicios del Ministerio de Salud y el sistema de Seguridad Social.^{6,7}

Las transformaciones sufridas por el sector de la salud con la Revolución Ciudadana, se enmarcan en dos etapas: la primera, de inversión urgente y recuperación de lo público; y la segunda, de articulación del sistema público de salud. En la primera etapa, se intervino en el mejoramiento de la infraestructura, equipamiento, recursos humanos, dotación de medicamentos e insumos a las unidades de salud del Ministerio de Salud Pública, con la finalidad de incrementar la cobertura de atención y disminuir el alto gasto para la recuperación de la salud de las familias ecuatorianas. Se inició, además, el fortalecimiento del primer nivel de atención con la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud.⁸

Este Modelo de Atención Integral de Salud tiene un enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), y cuenta con un amplio marco legal y normativo que garantiza el derecho a la salud, la estructuración del Sistema Nacional de Salud y la protección de los grupos poblacionales.⁹ La Constitución de la República,¹⁰ El Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir,¹¹ la Agenda Social de Desarrollo Social¹² y los Objetivos de Desarrollo del Milenio,¹³ están entre los principales instrumentos normativos que guían la construcción del MAIS-FCI.

El Nuevo Modelo de Atención Integral en Salud, se orienta al cambio de los factores determinantes de la salud: desde los estilos de vida individuales 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.¹⁴

Los objetivos que persigue el MAIS – FCI, son los siguientes:

- Reorientar los servicios de salud del enfoque curativo hacia un enfoque centrado en la promoción y cuidado integral de la salud, garantizando una respuesta en el proceso de recuperación de la salud, rehabilitación, cuidados paliativos; incorporando los enfoques de interculturalidad, generacional y de género. Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica comunitaria.
- Implementar estrategias para el desarrollo y la gestión del talento humano a través de procesos de capacitación continua, la carrera sanitaria y la formación en los servicios. En el primero y segundo nivel, se incorpora especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria y Técnicos de APS.
- Organizar los servicios del sector público conforme los estándares establecidos por el Ministerio de Salud Pública.
- Organizar el Sistema Único de Información en Salud en coordinación con el Sistema Común de Información del Ministerio de Salud Pública.
- Fortalecer la participación plena de la comunidad y de los colectivos organizados.¹⁵

La salud como productor de desarrollo implica un esfuerzo consciente de los individuos y los grupos sociales, en función del mejoramiento de las condiciones de vida, de la generación de oportunidades, adquiere un papel de cohesión social y puede constituirse en una de las fuerzas que juega un papel constructivo en el proceso de desarrollo social.¹⁶

La salud y el enfoque de la Atención Primaria de Salud APS-R, están en estrecha relación con la noción de desarrollo humano sustentable, que trasciende el sentido de generación de riqueza económica, pues plantea el desarrollo como el logro de bienestar y generación de oportunidades en el presente y para las generaciones futuras.¹⁶

En el Hospital Daule, de la provincia del Guayas, se recibe un alto índice de pacientes que intentan acceder a una buena atención médica en diferentes áreas, como pediatría, obstetricia, vacunación, medicina general, elaboración de exámenes médicos, entre otros requerimientos para prevenir, sanar

episodios agudos, y atención hospitalaria en general, en busca de integrar y consolidar la atención primaria de salud en sus tres niveles de atención.

Por tal razón, es evidente considerar si tal modelo cumple con los requerimientos de salud de la población, por lo que se ha planteado esta investigación, que permitirá tener una visión local de las mejoras propuestas en el modelo.

Metodología

Se efectuó una investigación cualitativa, descriptiva y transversal, del sector de las Marianitas del Área de Salud #16-Daule, de la provincia del Guayas, República de Ecuador, durante el 2014, a fin de analizar el impacto en la calidad de satisfacción a los usuarios externos, en relación al cumplimiento y aplicación del modelo de atención integral de salud familiar.

La población de estudio estuvo conformada por: 28 personas de área administrativa y 32 del equipo de salud, además se encuestaron a 355 pacientes que acudieron al Hospital.

El análisis se llevó a cabo a partir de categorías en lugar de variables dependientes e independientes, al tratarse de una investigación cualitativa, dado que "tiene el interés de comprender la realidad dentro de un contexto dado, por ello debe captarla como un todo unificado, no puede fragmentarse, no puede dividirse en variables independientes y dependientes"¹⁷

Categorías estudiadas: Modelo de Atención Integral, Sistema de Salud Familiar Comunitario e Intercultural, satisfacción de los usuarios externos.

Como técnica e instrumento de investigación se empleó la encuesta y entrevista:

- La información de primera línea fue determinada por los diferentes informes del hospital, además de aquellos recogidos de las visitas familiares domiciliarias, que tuvieron relación con la implementación del MAIS – FCI.
- Se efectuaron encuestas al equipo de salud, personal administrativo y personas que fueron atendidas en el sector de las Marianitas del Área de Salud #16-Daule. El cuestionario de calidad

de satisfacción de los usuarios fue una adaptación de la Propuesta Metodológica, para medir satisfacción en usuarios de consultorios públicos de 2011.¹⁸ El cuestionario tiene un grado de confiabilidad de 0.93 según el estadístico Alfa de Cronbach,

- La última estancia de recolección de datos fue una entrevista al Director del Área de Salud #16-Daule, en relación a la cantidad de personal y de equipamiento con que cuenta el Hospital básico Daule, para analizar la capacidad de servicio en relación a la cantidad de pacientes que se reciben satisfactoriamente en este Hospital.

Resultado y discusión

En el periodo de realización de la investigación, con respecto a la información de prestaciones preventivas del Hospital, se realizaron 1928 inmunizaciones en niños, y 29 en adultos, además de una atención odontológica por caries de 166 pacientes. También se reportaron 80 partos y cesáreas, con una mortalidad al nacer de 1 paciente.

En ese mismo sentido, las prestaciones de recuperación del hospital, se atendieron en el periodo 5306 pacientes por emergencia, 188 por enfermedades diarreicas y 185 por infecciones respiratorias agudas.

Al realizar la entrevista a los administrativos del hospital acerca de los años de experiencia en la labor que realiza la mitad de estos (50%) tienen entre 1 – 5 años y solo un 16.7% por encima de los 10 años.

Tabla 1. Distribución por categorías ocupacional del equipo de salud.

| Cargo | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------|-------------------|-------------------|
| Médico | 21 | 65.6 |
| Odontólogo | 7 | 21,4 |
| Psicólogo | 2 | 7,1 |
| Químico-farmacéutico | 2 | 7,1 |
| Total | 32 | 100 |

 Modelo de atención integral de salud familiar, comunitario e intercultural

Según se muestra en la Tabla 1, del total de profesionales encuestados, el 65.6% correspondió a médicos, seguidos por odontólogos (21.4%), le continuó psicólogos y químicos-farmacéuticos con 7.1% respectivamente.

Según Villanueva,¹⁹ la gestión del conocimiento en las organizaciones de salud requiere generar respuestas rápidas y adecuadas a las necesidades y demandas del mercado de trabajo, hoy la capacitación debe desarrollar la capacidad de aprender en las personas, y de enfrentar nuevas situaciones, lo cual es posible por medio de un aprendizaje permanente o continuo, íntimamente relacionado con los procesos de trabajo, ya que en el tercer milenio hay que enfrentar un entorno cambiante, impredecible y una sociedad globalizada que requiere un alto grado de competitividad, lo cual obliga a estar dispuestos a aprender y reaprender permanentemente.

En cuanto a la capacitación recibida por el personal del equipo de salud, 78.6 % indicó que si habían recibido algún tipo de capacitación con respecto al modelo de atención integral comunitario e intercultural, mientras el restante 21.4% nunca. El 66.7% del personal administrativo ha recibido capacitación sobre el modelo de atención de salud, mientras que un 33% no ha recibido.

Tabla 2. Auto apreciación del nivel de conocimiento del MAIS – FCI del equipo de salud.

| Escala | Objetivos | | Funciones | | Componentes | |
|-------------------|-----------|------------|-----------|-------------|-------------|------------|
| | F(x) | % | F(x) | % | F(x) | % |
| Deficiente | 2 | 7,1 | 5 | 14,3 | 5 | 14,3 |
| Malo | 7 | 21,4 | 7 | 21,4 | 7 | 21,4 |
| Regular | 5 | 14,3 | 2 | 7,1 | 2 | 7,1 |
| Bueno | 9 | 28,6 | 2 | 7,1 | 5 | 14,3 |
| Excelente | 9 | 28,6 | 16 | 50 | 14 | 42,9 |
| Total | 32 | 100 | 32 | 99,9 | 32 | 100 |

Como se muestra en la Tabla 2, de la totalidad del personal del equipo de salud encuestado con respecto al conocimiento de los objetivos del MAIS, 28.6% estuvo en la escala de bueno y excelente (28.6%), un 50% obtuvo calificación de excelente sobre las funciones, y solamente un 42.9% de los componentes.

Modelo de atención integral de salud familiar, comunitario e intercultural

En términos globales, el nivel de conocimientos del MAIS-FCI del personal administrativo es regular (50.0%); malo (16.7%) y excelente (33.3%).

Respecto a la identificación correcta de grupos poblacionales a quienes se dirige la atención de salud, 78.6% de los encuestados (equipo de salud), indican que se identifican de forma correcta los grupos poblacionales que reciben atención. El 100% aplican normas y protocolos definidos por el Ministerio de Salud Pública.

Al abordar la pregunta al personal administrativo, su valoración acerca de la calidad técnica y humana del personal del primer nivel de atención, el 83.3% indica que existe un aumento en la calidad técnica y humana del primer nivel de atención. Cabe agregar que solamente 85.7% de los encuestados (equipo de salud), indica que han participado en actividades para aumentar la calidad humana y técnica del personal.

El hospital, según el personal administrativo, cuenta con equipos de supervisión que se encargan del monitoreo y evaluación continua.

La infraestructura del hospital, 50% del personal administrativo la respuesta fue, no adecuada para la atención. Se observa como elemento negativo la comodidad y limpieza del centro hospitalario.

No existe un sistema único integral e integrado de información y telecomunicaciones, lo que limita el funcionamiento del hospital.

Entre los indicadores de calidad presentan falencias, se observó la existencia de un inventario de medicamentos que solo alcanzó un nivel óptimo de 16.7%

El 100% del personal administrativo indica que organizan periódicamente reuniones con el personal de salud sobre el nivel de atención.

El 83% del personal administrativo participa en el proceso de planificación estratégica institucional, mientras que un 16.7% no lo hacen. Con relación al equipo de salud, menos de la mitad de los que

integran el equipo médico (42.9%) han indicado no participar en el proceso de planificación estratégica.

Al abordar la pregunta del conocimiento que se tiene sobre la delincuencia juvenil, los profesionales expresaron que esta se ha incrementado en los últimos tiempos, y que las causas fundamentales están dadas por la ruptura familiar, las pérdidas de valores, las situaciones económicas desfavorables, la deserción escolar, entre otras.

Del total del personal del equipo de salud, 85.7 %, participan periódicamente de actividades informativas y educativas intramurales e instituciones.

Satisfacción de los usuarios externos del Sector de las Marianitas del Área de Salud #16-Daule

Tabla 3. Distribución por edad de los usuarios externos.

| Edad | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|-------------------|-------------------|
| < 20 | 55 | 15.40 |
| 21 - 40 | 164 | 46.20 |
| > 40 | 137 | 38.50 |
| Total | 355 | 100.00 |

El 46.2% de las personas encuestadas se encontraron entre 21 – 40 años, seguidas de los mayores de 40 años (38.5%).

Los porcentajes para el sexo fueron similares, donde el 46.2% fueron hombres y el 53.8% mujeres.

Los resultados de la encuesta de satisfacción de los usuarios, según indicadores, se presentan resultados más bajos en “Acceso a la atención” con la existencia de medicina (30.8% en desacuerdo), mientras que para trato al usuario, el punto más bajo fue en comodidad y limpieza del centro hospitalario (30.8% en desacuerdo); para expectativas el indicador, limpieza y comodidad volvió a estar con menor puntaje (23.1% muy en desacuerdo).

Tabla 4. Grado de satisfacción de los usuarios externos.

| Escala | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------|-------------------|-------------------|
| Regular | 27 | 7,7 |
| Normal | 82 | 23,1 |
| Buena | 191 | 53,8 |
| Excelente | 55 | 15,4 |
| Total | 355 | 100,0 |

En términos generales, la satisfacción del usuario ha sido buena (53.8%), y excelente (15.4%); mientras que el 23.1% de los usuarios la consideran normal y solamente un 7.7% regular (27/355); ningún paciente considera la atención mala. por lo que es alta, considerando que el hospital cumple con lo previsto en el modelo, y los aspectos a modificar son el acceso a la medicina y comodidad y limpieza del centro; se concluyó que existe una relación entre el grado de satisfacción y el cumplimiento del MAIS-IFC. Tabla 4

Los datos expuestos indican la relación entre el cumplimiento del MAIS y la satisfacción de los usuarios, por lo que se espera que con la puesta en marcha del plan institucional de mejoras se tomen correctivos necesarios, sea incluyente la participación del personal durante los procesos de planificación.

Cocha G. al analizar el nuevo modelo de atención integral en salud familiar, comunitaria e intercultural, en la Parroquia Izamba- Sector La Merced, encontraron satisfacción en el 83% de los usuarios de salud, que califican la atención como buena y muy buena. Es decir el Nuevo Modelo de Atención Integral en Salud ejerce un impacto positivo en la calidad de vida del usuario de salud. ¹⁴

En otro artículo,²⁰ donde se evalúa el Modelo de Atención Integral de Salud – Perú, se informa que las limitaciones en su implementación están dadas ya que el perfil de los equipos pueden ser de salud local con orientación asistencialista, a pesar de su difusión, continuó predominando la atención a las necesidades sentidas, (que corresponden a la atención del daño y la enfermedad), como la principal actividad de atención de salud, las actividades de atención integral en salud, predominantemente

recuperativas, se centraron en la persona. En cuanto al control de determinantes sociales de la salud, los principales esfuerzos realizados se orientaron hacia la acción sectorial sobre los determinantes.

Consideraciones finales

- Proporcionar mayor número de capacitaciones sobre el Modelo de Atención Integral de Salud, a todo el personal que labora en la institución, proporcionando ayuda y supervisión para lograr cumplir con los objetivos del hospital.
- Integrar a todos los colaboradores del Hospital de Daule en los procesos de planificación estratégica y rendimiento de cuentas; para lograr que los objetivos, políticas y estrategias sean de común acuerdo y sean recibidas con agrado por todo el personal.
- Mejorar aspectos relacionados con la limpieza y comodidad, además de los inventarios de medicina.

Referencias bibliográficas

- 1- Gamboa Cáceres T, Arellano Rodríguez M. Tendencias neoliberales en la reforma de la gestión pública en América Latina. *Rev Gerenc Polit. Salud.* 2007 [citado 3 julio 2016]; 6(13): 46-65. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272007000200004&lng=en&nrm=iso
- 2- Laurell AC. Revisando las políticas y discursos en salud en América Latina. *Rev Med Social.* 2010; 5(1):79-88.
- 3- Naranjo Ferregut J A., Delgado Cruz A, Rodríguez Cruz R, Sánchez Pérez Y. Consideraciones sobre el Modelo de Atención Integral de Salud del Ecuador. *Revista Cubana de Medicina General Integral.* 2014 [citado 3 julio 2016]; 30(3). Disponible en:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol30_3_14/mgi11314.htm
- 4- Gobierno de la República del Ecuador. Constitución de la República del Ecuador. Asamblea Nacional Constituyente, Montecristi. 2008.

Modelo de atención integral de salud familiar, comunitario e intercultural

- 5- Puente, E. Subsecretaria de Extensión de Protección Social en Salud. Evolución del Modelo de Atención integral en Salud a Nivel Nacional. Ecuador. Noviembre. 2008. Págs. 10-15.
- 6- Tejerina Silva H, Soors W, de Paepe P, Aguilar Santacruz E, Closon MC, Unger JP. Reforma de gobiernos socialistas a políticas de salud en Bolivia y Ecuador: el potencial subestimado de la Atención Primaria Integral de Salud para impactar los determinantes sociales en salud. 2009 Rev Med Social. [citado 3 julio 2016]; 4(4):273-82.
- 7- Villacres N. Sistema de Salud Ecuador. Quito, Ecuador: Ministerio de Salud Pública; 2013 [citado 28 agosto 2016]. Disponible en: <http://www.orasconhu.org/ckfinder/userfiles/files/002-CASE-Nilda%20Villacres.pdf>
- 8- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS. Ecuador: Ministerio de Salud Pública; 2013.
- 9- Asamblea Constituyente 2008. Constitución de la República del Ecuador. Ciudad Alfaro, Ecuador: Asamblea Constituyente; 2008. [citado 3 julio 2016]. Disponible en: <http://guiaosc.org/wpcontent/uploads/2013/06/ConstitucionEcuador2008.pdf>
- 10- República del Ecuador. Plan Nacional de Desarrollo. Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013: Construyendo un Estado Plurinacional e Intercultural. Quito, Ecuador: Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo-SENPLADES; 2009.
- 11- Ministerio Coordinador de Desarrollo Social del Ecuador. Agenda Social 2012-2013. Quito, Ecuador: Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo-SENPLADES; 2012 [citado 25 julio 2016]. Disponible en: http://www.desarrollosocial.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/07/1_AGENDA_SOCIAL_31-03-2012_OK.pdf
- 12- Organización Mundial de la Salud. Objetivos de Desarrollo del Milenio. New York: OMS; 2000 [citado 24 agosto 2016]. Disponible en: http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/es/

Modelo de atención integral de salud familiar, comunitario e intercultural

- 13- Cocha G, Velástegui Naranjo O. Nuevo modelo de atención integral en salud familiar, comunitaria e intercultural. Parroquia Izamba- Sector La Merced. 2012. [citado 24 marzo 2016]. Disponible en: https://fcs.uta.edu.ec/uoi_ics/index.php/en/articulos/func-startdown/1/
- 14- Aguilar, D. ¿Qué es el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)?:2012 [citado 24 julio 2016]. Disponible en: <http://instituciones.msp.gob.ec/somosalud/index.php/innovando-el-ministerio/126-que-es-el-modelo-de-atencion-integral-de-salud>
- 15- Marco conceptual del modelo de atención integral de salud Familiar, comunitaria e intercultural- mais-fci capítulo 3. [citado 24 julio 2017]. Disponible en: https://cursospaises.campusvirtualesp.org/file.php/127/.../manual_mais_2013_cap4.pdf
- 16- Picaso Mesén M. ¿Cómo podría delinarse una evaluación cualitativa? Ciencias Sociales. 2002 [citado 20 agosto 2015]; 97(3). Disponible en: http://www.revistacienciasociales.ucr.ac.cr/wp-content/revistas/97/04-PICADO_47-61.pdf
- 17- Pezoa, M. Propuesta Metodológica para medir satisfacción en usuarios de consultorios públicos. Departamento Estudios y Desarrollo. Gobierno de Chile.2012
- 18- Villanueva Salazar L. Gestión del conocimiento en el primer nivel de atención de salud, en Heredia. Costa Rica. Revista Latina de Comunicación Social 2002 [citado 20 agosto 2016]. Disponible en: http://www.revistalatinacs.org/_2008/03/20025210villanueva.htm
- 19- Cardoso Mairena C Chunga Aparicio M Cotrina Rico K. Custodio Marroquin J. Vásquez Rojas C, Modelo de Atención Integral de Salud – Perú. 2012 [citado 20 agosto 2016]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/jcustodio91/modelo-de-atencin-integral-de-salud-per>