



Febrero 2017 - ISSN: 1988-7833

RESPONSABILIDAD SOCIAL CON LA GESTIÓN PÚBLICA: MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD COMUNITARIA EN ECUADOR

Oscar Cerón Tatac¹
oceron@puce.edu.ec

Para citar este artículo puede utilizar el siguiente formato:

Oscar Cerón Tatac (2017): "Responsabilidad social con la gestión pública: Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria en Ecuador", Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales, (enero-marzo 2017). En línea: <http://www.eumed.net/rev/ccss/2017/01/mais.html>

Resumen

El estudio del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS-FCI), aplicado en las Unidades Operativas de Salud del Ecuador, es un análisis que va ligado a los requerimientos, demandas y expectativas de la población, mediante la articulación y conjunción de las políticas, lineamientos estratégicos y normativas, adaptadas a la realidad local en las diferentes zonas geográficas del país.

Se analizan múltiples aspectos relacionados con la salud comunitaria, considerándola como un proceso único e irreplicable, que se caracteriza por ser el factor integrador de la problemática de la salud individual de los miembros de la comuna y por tener un origen diverso en función de sus causas y efectos, donde intervienen variables socioeconómicas, psicosociales, socio-ambientales, del funcionamiento comunitario, de su evolución, su estructura y de la propia trascendencia local relacionada con la gestión pública.

La gestión pública juega un papel muy importante dentro de la sociedad civil, coordinando e interrelacionando los procesos entre la comunidad y aquellas instancias donde se toman las decisiones y se asignan los recursos.

El modelo analizado es una herramienta efectiva por el despliegue de acciones de control de los procesos en salud, focalizados en la comunidad. Requiere iniciativas comprensivas que incorporen los esfuerzos para dirigirse a las causas de la problemática de salud de las comunas. También se puede afirmar que el plan y evaluación de tales iniciativas, se basa en los lineamientos generales del Plan Nacional del Buen Vivir, y que involucran lo siguiente: 1) La inclusión de la población en el plan y en las fases de aplicación; 2) El desarrollo de intervenciones dentro del contexto social y cultural de la población; y 3) La definición de los objetivos a largo y mediano plazo que indique el progreso de las acciones de control de la problemática en salud.

Palabras clave: Salud, políticas, comunidad, gestión, problemática

Abstract

The study of the Model of Integral Attention of Health (MAIS-FCI), applied in the Operative Units of Health of the Ecuador, is an analysis that is tied to the requests, demands and expectations of the population, by means of the joint and conjunction of the politics, strategic lineaments and regulations, adapted to the local reality in the different geographical areas of the country.

¹ Ingeniero en Administración de Empresas y Magíster en Gestión del Desarrollo Local Comunitario por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Diploma Superior en Gestión del Talento Humano por la Universidad Técnica Particular de Loja. Profesor Titular Auxiliar en la Carrera de Administración de Empresas de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Manabí.

There are analyzed multiple aspects related to the community health, considering it to be the only and unrepeatable process, which is characterized for being the of integration factor of the problems of the individual health of the members of the commune and for there has a diverse origin according to its causes and effects, where they take control of environmental socioeconomic, psychosocial variables, associate, of the community functioning, of its evolution, its structure and of the proper local transcendancy related to the public management.

The community health is not static, but it is submitted to a process of transformation, where they play a fundamental role the potentialities with which there is provided the family, the basic element of the community. Thus the fact is that the participation of the communities in the planning, administration, management and control of the actions becomes important to achieve an ideal state of health of its inhabitants.

The public management plays a very important role inside the civil society, coordinating and interrelating the processes between the community and those instances where the decisions are taken and the resources are assigned.

The analyzed model is an effective tool for the deployment of actions of control of the processes in health, focused in the community. It needs comprehensive initiatives that incorporate the efforts to go to the causes of the problems of health of the communes. Also it is possible to affirm that the plan and evaluation of such initiatives, to Live is based on the general lineaments of the National Plan of the Good one, and that they involve the following thing: 1) The inclusion of the population in the plan and in the phases of application; 2) The interventions development inside the social and cultural context of the population; and 3) The definition of the targets in long and medium-sized term that indicates the progress of the actions of control of the problems in health.

Key words: *Health, politics, community, management, problems*

INTRODUCCIÓN

Según el artículo 32 de la Constitución: *“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”*. (SENPLADES, 2008)

En el campo operativo se puede decir que desde el año 2007 se ha ampliado la cobertura de este servicio mediante la dotación de infraestructura básica, el mejoramiento de las escalas salariales en el personal médico y paramédico, mejoramiento de los controles en la distribución de medicinas, y en el año 2012, con la puesta en marcha del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS-FCI).

La salud comunitaria no es estática, sino que está sometida a un proceso de transformación, donde juegan un papel fundamental las potencialidades con que cuenta la familia, el elemento base de la comunidad. De esta forma, es que la participación de las comunidades en la planificación, administración, gestión y control de las acciones se vuelve importante para lograr un óptimo estado de salud de sus habitantes.

El MAIS-FCI es una herramienta que enlaza a la ciudadanía con la política pública del nivel central y distrital; el modelo de atención a investigar, se desarrolla en los tres niveles de atención como un proceso que permite articular cuatro elementos (MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, 2012):

- La demanda en salud de la comunidad,
- La experiencia y el conocimiento de la realidad del área geográfica – poblacional, epidemiológica que poseen los equipos de salud,
- Las normas, protocolos de atención vigentes y,
- Los programas sociales y de salud impulsados desde varios sectores como: Inclusión Económica y Social, Educación, Vivienda, Atención a las Discapacidades, entre otros.

SOPORTE Y FUNDAMENTO TEÓRICO

Desarrollo local comunitario: Lo local es el espacio donde convergen las dimensiones política, economía, social, cultural y ambiental de la sociedad en un proyecto de Bien común; así, lo local no

necesariamente coincide con las fronteras de la división político – administrativo al interior de los países; esto es, nivel intermedio o municipio, sino que más bien está determinado por la manera como dichas dimensiones se interrelacionan y las formas culturales de vida, de identidad y de producción que de allí surgen. (CORTEZ. 2005).

Identidad: “La afirmación de una identidad local se basa en ese reconocerse en una historia colectiva. Todos los componentes de esa identidad solamente se explican si se percibe la existencia de una historia viviente en cada uno de los habitantes de la sociedad local. Ahora bien, este reconocerse en la historia no tiene sentido si es para quedarse en una mirada nostálgica hacia el pasado. Solo adquieren toda su potencialidad cuando la fuerza de esa carga histórica provoca interrogantes sobre el presente y sobre el proyecto. La identidad se convierte en palanca del desarrollo cuando lleva a descubrir la posibilidad de actuar”. (AROCENA, 2004)

Enfoques de interculturalidad y de género: La Interculturalidad debe ser entendida como un proceso permanente de relación, comunicación y aprendizaje entre personas, grupos, conocimientos, valores y tradiciones distintas, orientada a generar, construir y propiciar respeto mutuo buscando un desarrollo pleno de las capacidades de los individuos. (WALSH, 2001).

Salud: El MAIS-FCI (MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, 2012) asume el concepto de salud dado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Constitución de 1948, define salud como el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales.

METODOLOGÍA DE ESTUDIO

Se parte del supuesto de que la implementación del MAIS-FCI es factible por la ejecución de los procesos de forma integradora entre las organizaciones comunales, las Organizaciones No Gubernamentales y las Unidades Operativas de Salud, pues eso permite el desarrollo de acciones de prevención y control de la problemática en salud en cada una de las comunidades, destacándose las siguientes fases de ejecución:

- Inclusión de la población en el diagnóstico de sus necesidades de salud y en la elaboración de planes de atención.
- Desarrollo de intervenciones para la detección, diagnóstico y tratamiento de los casos bajo terapia directamente observada, con participación activa de la población, teniendo en cuenta factores culturales de las comunidades.
- Evaluación de los resultados de los procesos en salud ejecutados dentro de la comunidad incorporando el enfoque familiar, comunitario e intercultural.
- La investigación será cualitativa y cuantitativa, contextual, interactiva y ética, se combinarán la observación, entrevistas formales e informales, acontecimientos históricos, registros o informes, cuestionarios y resultados experimentales.
- El enfoque de estadísticas reales de la población (pacientes, voluntarios, promotores de salud), además del desarrollo de reuniones de trabajo y documentación básica, mejorarán la constatación de la forma que en la comuna investigada, se han ejecutado los procesos implícitos en el MAIS-FCI, a través del trabajo conjunto de la comunidad, los promotores de salud, tecnólogos en atención primaria de salud y el personal de salud de las unidades operativas.

Se tomó como modelo de ejecución y referencia a la unidad operativa de salud de la comuna San Antonio de la parroquia Manglaralto, cantón Santa Elena.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CONTEXTO SOCIAL: LOGROS Y NUDOS CRÍTICOS

El puesto de salud “San Antonio” se encuentra ubicado en la comunidad de ese mismo nombre en la parroquia de Manglaralto, provincia de Santa Elena; sus instalaciones son prestadas a “Salud Pública” (ONG Norteamericana). Cuenta con dos consultorios, un área para farmacia, una pequeña bodega, baños internos y externos, un salón y una pequeña recepción donde funciona el área de estadística.

En el puesto de salud se dan los servicios de odontología, obstetricia, enfermería y medicina general. Debido a no ser este subcentro una dependencia, en cuanto a infraestructura, del Ministerio de Salud Pública hubo que afrontar varias dificultades en el transcurso del año anterior para la elaboración de los programas a cargo del personal médico; sin embargo, fue posible realizar muchas otras actividades con la colaboración de la población y del Hospital de Manglaralto.

En la Unidad Operativa de Salud San Antonio se cuenta con Equipo Básico de Atención en Salud (EBAS). A su vez, cada una el área de salud se comprende divisiones geográficas (comunidades anexas) en las que, en promedio, viven entre 4.000 y 4.500 personas; dicho equipo está formado por:

- 2 médicos/as generales
- 1 auxiliar de enfermería,
- 1 odontólogo,
- 1 obstetriz,
- 1 técnico de atención primaria en salud (TAPS)

Cabe indicar, que el número de empleados no cubre toda la demanda de pacientes de las comunas adyacentes. Lo ideal es duplicar la atención mediante la contratación de personal adecuado a las necesidades prácticas. Entre las ventajas que tiene el subcentro de salud se pueden mencionar:

- Cercanía al Hospital.
- Fácil acceso.
- Atención en varias ramas médicas, a saber: medicina, obstetricia, odontología, enfermería, vacunación.

Problemática del puesto de salud

Como se manifestó, el hecho de no ser este Puesto de Salud una dependencia del Ministerio de Salud Pública dificultó en parte la intervención del mismo para la mejora de algunas dificultades que se presentaron a la hora de brindar la atención.

- Espacio:** Esta unidad operativa cuenta con apenas dos consultorios, no obstante que atienden cuatro profesionales de la salud: una obstetriz, una odontóloga, y dos médicos, por eso se optó por implementar en el salón los dos espacios para medicina general, separados por biombo; además del puesto de enfermería, puesto de vacunación, puesto para tamizaje metabólico neonatal, existen dos camillas para la aplicación de medicamentos e hidrataciones. A inicios del 2012, el subcentro carecía de refrigerador para mantener las vacunas, por lo que se hizo el requerimiento a las autoridades correspondientes, los mismos que dotaron de uno y se pudo dar el servicio de vacunación a la comunidad. Este trabajo en hacinamiento conllevó a otros problemas como el ruido, la falta de privacidad en las consultas, en la administración de inyecciones, etc.
- Limpieza:** El puesto de salud carecía de personal de limpieza, se intentó que la comunidad la asumiera pero no se logró concretar. El Hospital de Manglaralto se comprometió a enviar a personal de limpieza dos veces a la semana, lo que se cumplió parcialmente, eso hizo que algunas ocasiones sea el personal médico el que debió cumplir esa labor. A esto se le sumó la poca colaboración de los pacientes en mantener limpio el espacio y la presencia de lodo en las vías de acceso al subcentro.
- Servicios básicos:** El puesto de salud cuenta con luz eléctrica, servicios higiénicos en buen estado, agua potable y cisterna adecuada, no tiene telefonía convencional pero hay cobertura para las operadoras móviles. Las facturas son canceladas por el Hospital aunque en ocasiones existen problemas en el pago, hecho que mantuvo al subcentro, por varios días, sin servicios básicos.

Comunidades asignadas al puesto de salud “San Antonio”

A la atención asisten personas de las comunidades asignadas al subcentro. Estas comunidades son: San Antonio, Cadeate, Libertador Bolívar, Sitio Nuevo y Río Chico.

FIGURA Nº 01
ZONA DE INFLUENCIA DEL SCS SAN ANTONIO



FUENTE: Partes e informes diarios de la Unidad Operativa
ELABORADO POR: Oscar Cerón Tatac

PROGRAMAS Y ACTIVIDADES IMPLEMENTADOS

a) Atención intramural en medicina general

Como se puede observar en la tabla expuesta a continuación, se muestra mensualmente la cantidad de atenciones dadas dentro de la unidad operativa, cabe destacar que el subcentro, al ser anidado al hospital, se ingresa la información de las atenciones como “*consultas en la comunidad*” y no en “*establecimiento*”. Dicho proceso dificultó hacer una exposición real en cuanto a la cantidad exacta atendida en el establecimiento y cuántas atenciones se ejecutaron en la comunidad, por lo que en este trabajo, se considera como atenciones en la comunidad (extramural) a aquellas realizadas en los CIBV (Centros Integrales del Buen Vivir) y las atenciones dentro del programa de “Salud Escolar”. (VERA & SALINAS, 2013)

TABLA Nº 01
ATENCIÓN INTRAMURAL SCS SAN ANTONIO

MES	M	F	ATENCIÓNES DE MORBILIDAD		ATENCIÓNES DE FOMENTO		TOTAL
			primera	subsecuente	primera	subsecuente	
SEPTIEMBRE	84	163	215	12	20		247
OCTUBRE	194	290	408	48	28		484
NOVIEMBRE	171	248	326	14	79		419
DICIEMBRE	185	170	287	17	51		355
ENERO	110	204	207	68	32	7	314
FEBRERO	72	93	115	31	19		165
MARZO	71	141	158	37	16	1	212
ABRIL	115	164	212	44	23		279
MAYO	93	159	203	34	15		252
JUNIO	169	257	325	75	26		426
JULIO	152	282	303	65	66		434
AGOSTO	217	361	434	86	57	1	578
TOTAL	1633	2532	3193	531	362	9	4165

FUENTE: Registro de partes diarios

ELABORADO POR: OSCAR CERÓN TATAC

En el siguiente gráfico, se pueden observar las principales patologías en urgencias y emergencias médicas presentadas durante el año en valores porcentuales:

FIGURA Nº 02
PRINCIPALES URGENCIAS Y EMERGENCIAS MÉDICAS PRESENTADAS EN PS SAN ANTONIO EN UN PERIODO DETERMINADO



FUENTE: Registro de partes diarios

ELABORADO POR: OSCAR CERÓN TATAC

En el siguiente gráfico, se puede observar la cantidad porcentual de atenciones dadas de acuerdo al sexo:

FIGURA Nº 03
ATENCIÓNES DE ACUERDO AL SEXO DEL PACIENTE



FUENTE: Partes diarios profesional

ELABORADO POR: OSCAR CERÓN TATAC

En la unidad operativa, existe una mayor afluencia de mujeres a la consulta médica que hombres, se lo atribuye a que en estas comunidades, como se mencionó, el gran porcentaje de las familias son mantenidas por los padres de familia, la mayoría, en trabajos como pesca, artesanías, actividades de turismo que no les proporciona seguridad social y les consume sus jornadas a tiempo completo, lo cual, les imposibilita a acudir por una atención médica.

b) Atención extramural o comunitaria

El objetivo es el Cuidado de la Salud a través de medidas que se orienten a la identificación y control de riesgos a nivel individual, familiar, comunitario y del entorno, implementación de estrategias y acciones de prevención, promoción de la salud, educación sanitaria, fortalecimiento de la participación ciudadana y de la coordinación intersectorial para actuar sobre los determinantes de la salud y contribuir al desarrollo integral a nivel local. Se realiza en:

- Trabajo en entidades educativas.
- Trabajo en comunidad, centros carcelarios, fabricas, empresas.
- Trabajo en domicilio.

AJUSTES METODOLÓGICOS PERTINENTES E IMPACTOS SOCIALES

Cuando se evalúa la implementación de un modelo determinado, la base sustancial es el diagnóstico previo. Sin lugar a dudas, en las unidades operativas rurales como en el caso de la Unidad Operativa de Salud San Antonio, el trabajo se dificulta de forma impresionante. Carecen de recursos variados: medicina, personal, equipos, infraestructura, ejecución de procesos técnicos. Todo esto retrasa el desarrollo integral de las comunidades anexas. Una población enferma y mal tratada, no puede generar espacios de crecimiento y desarrollo humano y económico, adecuados.

La implementación del MAIS-FCI en la Unidad Operativa de Salud San Antonio, implica la implementación de la política pública de salud en un nivel técnico. Los procesos son ejecutados de forma gradual e insuficiente, debido en gran parte a la dependencia estructural de recursos de los organismos rectores de la salud a nivel provincial y nacional. Es importante considerar el papel central que juega el Estado para llevar a cabo las políticas públicas de salud. Pero una vez analizado el MAIS-FCI en la unidad rural, se pueden enmarcar que los siguientes fines específicos, fueron aplicados de forma inconclusa:

- Lograr la integración y el equilibrio, en términos sociales y territoriales;
- Incidir en la conformación plural de la sociedad;
- Intervenir de manera coherente, complementaria y solidaria para la consecución del Buen Vivir de la población; y
- Garantizar el respeto inmediato de los derechos humanos y ambientales, para su realización progresiva.

En lo que respecta a la identificación de la necesidad de la política pública, la implementación del MAIS-FCI en la Unidad Operativa de Salud San Antonio, demuestra la proporción técnica en el desarrollo de la política pública de salud nacional y la problemática sectorial. Es un buen modelo pero con deficiencias estructurales y de recursos.

Para la implementación adecuada del MAIS-FCI, el equipo técnico de las unidades operativas debería ejecutar los siguientes procesos:

- Elaboración del diagnóstico situacional.
- Participación en la formulación de planes estratégicos y distritales, incorporando el enfoque familiar, intercultural, de género e intergeneracional.
- Elaboración de planes operativos
- Planificación de las intervenciones de acuerdo a la identificación de riesgos, epidemiología y criterios de evitabilidad.

- Implementación del enfoque intercultural, de género e intergeneracional en la atención a la población usuaria.
- Coordinación con los otros niveles y unidades para la referencia y contrarreferencia de acuerdo a las normas y protocolos.
- Construcción de indicadores de producción intramural (Atenciones efectuadas dentro de la unidad operativa) y extramural (Atenciones efectuadas fuera de la unidad operativa), indicadores de calidad, de fichas familiares y de gestión e ingreso al sistema único de información.
- Elaboración de planes para el mejoramiento de la calidad.
- Análisis periódico de la metodología de implementación del modelo y elaboración de propuestas sobre ajustes metodológicos para el nivel distrital.
- Seguimiento de los procesos de formación y actividades de los TAPS (Técnicos de atención primaria de salud.)
- Implementación de las acciones de salud establecidas en el Plan de Salud distrital.
- Promoción de la participación social durante las distintas fases de implementación del modelo.

CONCLUSIONES

- Es necesario presentar alternativas para superar la situación actual (control al pronóstico), en el desarrollo de una investigación de este tipo. La metodología propuso hacer una evaluación sistematizada por ser un factor que permite determinar resultados exitosos o fallidos en el desarrollo de las estrategias del MAIS-FCI.
- El proceso de ejecución del MAIS-FCI analizó el involucramiento de la comunidad en las acciones de salud, lo que facilitó la detección y diagnóstico de la problemática en salud de la comunidad, la adherencia a los tratamientos mediante procesos de educación, capacitación y supervisión efectuada por los promotores de salud y demás personal operativo.
- La implementación del MAIS-FCI es relativamente factible por la ejecución de los procesos de forma integradora entre las organizaciones comunales, las Organizaciones No Gubernamentales y las Unidades Operativas de Salud, lo que permite el desarrollo de acciones de prevención y control de la problemática en salud en cada una de las comunidades, destacándose los siguientes logros:
 - Inclusión de la población en el diagnóstico de sus necesidades de salud y en la elaboración de planes de atención.
 - Desarrollo de intervenciones para la detección, diagnóstico y tratamiento de los casos bajo terapia directamente observada, con participación activa de la población, teniendo en cuenta las costumbres, ritos y creencias de las comunidades.
 - Evaluación de los resultados de los procesos en salud ejecutados dentro de la comunidad para la integración de los aspectos de enfoque familiar, comunitario e intercultural.
- Esta zona se encuentra en riesgo constante, debido a múltiples factores sociales, económicos y ambientales. Sin duda, falta mucho por hacer, sobre todo cuando desde las instituciones rectoras de las políticas todavía se efectúan ajustes a los procesos de gestión.

RECOMENDACIONES

LÍNEA ESTRATÉGICA 1: Fomentar los sistemas tradicionales de salud con enfoque de género, adultos mayores y grupos de atención prioritaria

El MAIS-FCI como Política Sectorial debe considerar, de forma prioritaria, la consecución técnica de los procesos en salud y las acciones intersectoriales necesarias para garantizar los derechos de la población en las áreas de influencia de los mismos, en todos sus momentos: antes, durante y después de su implementación, garantizando la salud, la seguridad social y otros derechos fundamentales, fortaleciendo el Buen Vivir de la población de las comunas.

Establecer parámetros de actualización de los procesos de salud enfocados en el MAIS-FCI, puesto que su formulación, a pesar que contempla la perspectiva de género, se mantienen en niveles muy generales como para fomentar cambios profundos de patrones socioculturales, políticos, económicos el propio sistema de salud y en la comunidad.

LÍNEA ESTRATÉGICA 2: Fomentar los espacios y las acciones interculturales entre los sistemas de salud ancestrales y sistema de salud convencional (interculturalidad)

En la comunidad es indispensable fortalecer los vínculos interculturales para garantizar los derechos en salud de las mujeres, niños, adultos mayores y hombres de estas comunidades, conducentes a la atención segura de las atenciones en las unidades rurales. En este proceso, los sistemas tradicionales de salud también se enriquecerán de los conocimientos y técnicas occidentales.

LÍNEA ESTRATÉGICA 3: Promover y apoyar otros modelos de atención de salud

Es necesario incentivar y priorizar la participación ciudadana. La generación de condiciones saludables no es posible sin participación activa de las personas como sujetos de derechos, que tienen la misión de construir sus organizaciones representativas para conocer, acordar, ejecutar y evaluar conjuntamente con los equipos de salud las intervenciones del modelo de atención. La organización local se constituye en la contraparte de veeduría del ejercicio del derecho a la salud y el funcionamiento de la red de servicios adicionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALARCÓN, Ana. (2003). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Chile: Rev. Med.
2. AROCENA, José. (2004). Una investigación de procesos de Desarrollo Local. Un desafío contemporáneo. Uruguay: Universidad Católica de Uruguay.
3. CORTEZ, Patricia. (2005). Desarrollo Local. Chile: Universidad Alberto Hurtado.
4. ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DEL LITORAL. (2001). PLAN ESTRATÉGICO PARA LA COMUNA SAN ANTONIO. Guayaquil: Autor.
5. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS (2006). Encuesta de Condiciones de Vida. Quito: Instituto Nacional de Estadística y Censos.
6. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS. (2007). Encuesta de Recursos y Actividades en Salud. Quito: Instituto Nacional de Estadística y Censos.
7. LUCIO, R. (2010). Modelo de salud en Ecuador. Quito: Ministerio Coordinador de Desarrollo Social.
8. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (2012). Manual del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI). Quito. Autor
9. MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ (2004). Guía Nacional de Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud. Lima: Autor.
10. NINO GUERRERO, Alfonso y TORRES SLIMMING, Paola. (2009). Guía para elaborar un análisis situacional de salud en zonas rurales. Lima: G&C SALUD Y AMBIENTE.
11. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2007). Organización Mundial de la Salud: Renovación de la Atención primaria de salud. Washington D. C.: OPM/OMS.
12. SACOTO, Fernando (2000). Los modelos de atención de salud en Ecuador. Quito: Fundación Ecuatoriana para la Salud y el Desarrollo (FESALUD).
13. SENPLADES (2009). Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013. Quito: Autor.
14. SENPLADES (2008). Constitución de la República del Ecuador. Quito: Autor.
15. VERA, Ronal y SALINAS, Janeth. (2013). Informe de labores y análisis realizado en la medicatura rural. Santa Elena: Ministerio de Salud Pública. Dirección Provincial de Salud.
16. WALSH, Catherine. (2001). La interculturalidad en la educación, Lima: Ministerio de Educación.