



DIRECTRICES

Médico Especialista del Primer Nivel de Atención

**(Médico Familiar y Comunitario
Médico General Integral)**

Mayo 2023

Ministerio de Salud Pública


**Gobierno
del Ecuador**

**GUILLERMO LASSO
PRESIDENTE**



MÉDICO ESPECIALISTA DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN (Médico Familiar y Comunitario / Médico General Integral)

Medicina Familiar

Según Rubinstein (2016), la Medicina Familiar (MF) es la especialidad médica efectora de la Atención Primaria de la Salud (APS). Al igual que el resto de las especialidades médicas, posee un cuerpo de conocimientos propio, así como instrumentos y habilidades que le permiten diferenciarse en el objeto de su práctica. La MF es el primer contacto, el encuentro inicial y puerta de entrada al sistema de salud y resuelve aproximadamente el 80% de los problemas de salud y solo entonces, transfiere al resto del sistema a los pacientes cuyas alteraciones no son susceptibles de solución por el primer nivel de atención. La MF es la representante de los pacientes, la familia y la comunidad, ante los servicios de salud.

La MF tiene un compromiso permanente con el paciente, comienza antes que el paciente enferme y no termina con la conclusión de la enfermedad. Brinda atención integral: con un amplio espectro del equipo de salud en la prestación de servicios para la atención y problemas de salud de los pacientes. Considera al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial, interrelaciona los elementos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. La atención de

la MF va dirigida a la persona, permanente y sistemáticamente en el tiempo. Presupone accesibilidad total a los servicios de salud y que estén disponibles cuando sean necesarios.

Médico Familiar y Comunitario

Según la WONCA y la Sociedad Ecuatoriana de MF, el Médico de Familia es un profesional sanitario especializado en proporcionar atención de salud integral, continuada y de calidad a todo individuo en el contexto de su familia y a las familias en el contexto de su comunidad y los determinantes de la salud; utiliza el enfoque y la estrategia de atención primaria en salud, con el fin de promover, mantener e incrementar el bienestar de las personas en congruencia con los valores e ideales de la sociedad y de los conocimientos profesionales actuales.

La relación del paciente con el Médico de Familia no está limitada por la duración del problema de salud. La continuidad de la atención de la MF tiene dimensiones cronológicas (a lo largo de la vida de las personas), geográfica (donde quiera que el paciente esté) e interdisciplinaria (atiende cualquier problema de salud).

Medicina Familiar en el Ecuador

En el Ecuador la MF es política pública desde la definición del Modelo de Atención Integral de Salud familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI, 2012). En el año 2012 mediante el decreto 0621 se reconoce a la MF con los mismos derechos laborales que otras especialidades médicas (Bedoya, 2016).

El perfil de egreso concibe al Médico Familiar y Comunitario como un especialista que brinda atención de salud integral al individuo, familia y comunidad, utilizando la estrategia de APS, con enfoque familiar, comunitario, intercultural, generacional, de género y de derechos, con el fin de promover salud, prevenir enfermedades, tratar y rehabilitar a las personas y familias, para mantener e incorporar a las mismas al buen vivir, en congruencia con los valores e ideales de la sociedad y de los conocimientos profesionales. Responde a la necesidad de implementar en el nivel ambulatorio de atención el modelo integral de

atención del sistema nacional de salud que busca alcanzar el buen vivir para la población ecuatoriana.

Los ejes esenciales que sustentan el modelo educativo del posgrado de MF y Comunitaria son: la andragogía, el aprendizaje significativo, el aprendizaje continuo y el uso de tecnologías de comunicación e información.

Perfil del Médico de Familia

Henríquez (2011), recoge en un documento titulado el Perfil del Médico Familiar en el Ecuador, la declaración de la Sociedad Ecuatoriana de MF (SEMF), la misma que establece que en Ecuador para cumplir con la estrategia de Atención Primaria de Salud, un Médico Familiar debe:

1. Ser la puerta de entrada al sistema de salud, velando por la accesibilidad geográfica, cultural y económica.
2. Recibir a personas con cualquier problema de salud sin límite de edad, sexo, condición social y complejidad de su problema.
3. Resolver los problemas de salud más frecuentes y coordinar con otras especialidades el seguimiento de aquellos que lo necesiten.
4. Hacer uso eficiente de los recursos de la Atención Primaria de Salud.
5. Abordar los problemas de salud del individuo y la familia en sus dimensiones física, psicológica, social, cultural y existencial, priorizando a lo comunitario como su campo de acción.
6. Mantener una relación de continuidad en el tiempo con la persona y su familia utilizando herramientas de comunicación efectiva y toma de decisiones compartida.
7. Realizar actividades de prevención, promoción, curación y rehabilitación de problemas agudos y crónicos.
8. Promover la calidad de vida de las personas durante su ciclo vital individual y familiar.
9. Mantener y coordinar la atención de las personas en la consulta, servicio de urgencias, hospitalización según lo requiera.
10. Formar equipos de atención multidisciplinarios que trabajen en redes.
11. Manejar actividades docentes y de investigación en su ámbito de ejercicio.

También establece que el MF es capaz de dar atención personalizada al paciente. Tiene una formación científica y tecnológica amplia, y en constante actualización, y al mismo tiempo la humildad necesaria para mantener una relación cercana y humanista con el paciente y su comunidad, optimizando los recursos disponibles.

Este perfil responde a los requerimientos al puesto del especialista en MF aceptado para el Sistema Nacional de Salud y el Ministerio de Relaciones Laborales, además toma en cuenta los acuerdos de la Sociedad Ecuatoriana de MF (SEMF), la Confederación Iberoamericana de MF (CIMF), y la Asociación Mundial de Médicos Familiares (WONCA) (Henríquez, 2011).



ACTIVIDADES ESENCIALES DEL MÉDICO FAMILIAR

A.- Atención al individuo

Justificación. La primera responsabilidad del médico de familia es la de prestar una atención clínica efectiva y eficiente al individuo. Para ello, deberá poseer una serie de conocimientos, habilidades y actitudes que le capaciten para llegar a un correcto diagnóstico y manejo, procurando que el paciente permanezca lo más cerca posible de su comunidad natural.

La responsabilidad del MF es atender enfermedades agudas y crónicas de forma urgente o programada, en consultorio o en el domicilio. Igualmente, ante problemas más graves y cuando lo califique oportuno, coordinará la colaboración con otros especialistas, así como el ingreso hospitalario y más recientemente el ingreso domiciliario, en todas las etapas del ciclo vital.

La sociedad demanda la figura de un médico de familia que posea una adecuada y actualizada formación científico- técnica, que tenga cualidades humanas que lo hagan digno de confianza, ya sea para solicitarle consejo en los cuidados de salud, como para recibir apoyo en el sufrimiento. Por todo ello, la relación médico-paciente representa

un lugar privilegiado en la actividad profesional del médico de familia.

Actitudes. Una característica del médico de familia de nuestro tiempo es su compromiso con la salud de las personas, desde antes de que se encuentren enfermas. Este elemento conceptual incorpora la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad al conjunto de responsabilidades tradicionales del médico de cabecera. Le corresponde educar al paciente en su autocuidado y empoderamiento de su proceso de salud y enfermedad. Debe brindar atención médica en consulta externa, urgencias y emergencias de los problemas agudos más frecuentes, así como de las enfermedades y problemas de salud crónicos más prevalentes en atención primaria. La atención individual la brindará en los diferentes escenarios:

- Atención al niño y al adolescente, en prevención y morbilidad.
- Atención a la mujer en prevención y morbilidad
- Atención al paciente con necesidades paliativas, en el domicilio siempre que sea posible y en coordinación con las unidades especializadas.
- Atención integral al adulto mayor en el contexto familiar y en coordinación con otros especialistas
- Actividades de promoción y prevención con respaldo científico de su eficiencia o evidencia.

B.- Atención Familiar

Justificación. El triángulo formado por el individuo, la familia y el médico constituye la base de la MF. La familia, en su ciclo vital, se encuentra periódicamente sometida a crisis, derivadas tanto de su propia estructura como del crecimiento y maduración de sus miembros por elementos externos. De cómo resuelva la familia estos eventos dependerá su estabilidad y comportamiento futuros.

Los problemas de salud o, en su grado extremo, la muerte, ponen en marcha toda una serie de mecanismos destinados a mantener su equilibrio interno de la familia, que pueden llevar al grupo a crisis. Éstas pueden ser de tal envergadura que lleguen a influir de manera negativa

en la evolución del proceso.

Actitudes. El médico de familia está en una posición privilegiada para detectar e intervenir problemas familiares ocasionados o no por la enfermedad. Para ello debe ser un elemento neutro para todos los miembros de la familia, haciendo resaltar esta postura, pues de ello va a depender su propia capacidad como terapeuta. Asimismo, debe tener una continua actitud de observación, recogiendo a lo largo de las entrevistas con los diversos miembros de la familia información acerca del grupo familiar, valorando la importancia que el mismo tiene como recurso inmediato en el proceso de salud-enfermedad del individuo y estando capacitado para realizar intervenciones mínimas ante crisis familiares, recurriendo siempre a otros profesionales cuando la dimensión del problema exceda sus límites de competencia.

Favorecerá que la atención a todos los elementos de una familia, estimulará la autonomía y el autocuidado, fomentando su papel como preservadora de la salud de sus miembros. Realizará una recogida de información sobre la estructura y composición familiar, resaltando los antecedentes patológicos familiares y estructurándolos de preferencia en forma de familiograma no rutinariamente sino cuando sea pertinente.

Ante problemas de salud agudos y crónicos de una cierta entidad, explorará de forma sistemática la presencia de factores que indiquen y/o condicionen una mala adaptación familiar al problema y que afecten a su desarrollo, tratamiento y resolución. Identificará, asesorará y apoyará a aquellas personas que explícita o implícitamente sean designadas en la familia como «cuidadores principales», ya que constituyen el principal recurso de esta ante los problemas de salud.

Ante problemas psicosociales, confusos o indiferenciados, trastornos de la percepción de la enfermedad, mala relación médico-paciente o uso inadecuado de servicios sanitarios, valorará la existencia de disfunciones familiares. Valorará la trascendencia que sobre los problemas de salud de sus pacientes puedan tener los períodos críticos en el ciclo vital de sus familias. Valorará la intervención familiar, cuando la situación así lo requiera, de una forma proporcional a las

necesidades detectadas y teniendo en cuenta su propia capacidad y los recursos disponibles para ello, para eso utilizará las herramientas necesarias como ecomapa familiar y herramientas de funcionamiento familiar conocidas por la especialidad.

C.- Atención comunitaria

Justificación: La orientación comunitaria de la atención primaria ha sido afirmada, por tanto, desde distintos ámbitos y desde el mismo momento en que empezó a producirse su revalorización como nivel de atención sanitaria. Hoy día se refuerza su necesidad por el hecho de que los factores determinantes de enfermedad más relevantes los estilos de vida y los factores sociales y medio ambientales difícilmente pueden ser modificados por una acción exclusivamente dirigida al individuo y requieren acciones comunitarias, habitualmente sobre una base de coordinación intersectorial. No parece, por tanto, que la discusión deba ser si el médico de familia puede o debe tener responsabilidades sobre la salud de la comunidad, sino en cómo debe llevarlas a cabo.

Actitudes. Para el desarrollo de la atención orientada a la comunidad, las disciplinas básicas de la medicina comunitaria son la epidemiología, la estadística, la demografía, la sociología, la economía y la antropología. Su trabajo en una comunidad pequeña condiciona el tipo de métodos epidemiológicos que le serán útiles para describirla, identificar sus problemas y evaluar la efectividad de sus acciones.

El médico de familia no es un epidemiólogo, sino un clínico que reconoce la importancia del método epidemiológico, así como sus fundamentos básicos y que los utiliza en su qué hacer cotidiano, tanto en su actividad de atención individual y familiar como en las acciones de orientación comunitaria. Son decisivas para el desarrollo de las funciones de salud comunitaria las actitudes con que el médico de familia afronte su práctica profesional.

El MF debe tener un grado elevado de responsabilidad sobre la comunidad y por tanto, anticiparse a los problemas de esta reconociendo los determinantes de la salud que le afectan y su facultad

y responsabilidad de modificarlos con un papel activo en la promoción y prevención. La comunidad en su conjunto pasa a ser también un «paciente» del médico. El MF debe tener en cuenta que la salud no es una responsabilidad exclusiva de su práctica profesional ni del sistema sanitario. En este sentido, deberá considerar el derecho de la comunidad a participar en el proceso de atención a la salud y en la definición de problemas comunitarios, su priorización y las intervenciones sobre los mismos, y promover esta participación cuando no exista o esté limitada. Deberá también ser capaz de coordinarse con los recursos de otros sectores distintos del sanitario y, en algunas situaciones, promover esta coordinación.

Para prevenir el sesgo de identificar solamente los problemas detectados en la consulta, es preciso utilizar indicadores poblacionales teniendo en cuenta los condicionantes metodológicos de las comunidades pequeñas que permitan detectar los problemas que no se reflejan suficientemente en las demandas de los pacientes. Priorizar las intervenciones, de acuerdo con su importancia en la comunidad y a su factibilidad técnica y operativa. Para esto utilizará el método de ranqueo de los problemas y priorización para las intervenciones

Es recomendable promover la realización de estudios epidemiológicos locales, de «diagnóstico comunitario», centrados en los problemas prioritarios sobre los que se plantea alguna intervención, de bajo coste y de feed back corto, entre la recolección y el análisis de la información y la aplicación de sus resultados en la planificación de los programas. El equipo EAIS deberá realizar el Análisis Situacional Integral de Salud y diseñar programas comunitarios, con una metodología rigurosa de planificación, que permita la sistematización y cumplimiento de las actividades, los recursos a utilizar y la evaluación de la efectividad, la eficiencia y la equidad de forma permanente y dinámica.

D.- Docencia e Investigación.

Justificación. El reconocimiento de las funciones de docencia e investigación en los Médicos de Familia representa una importante novedad en el sistema nacional de salud, cuyo desarrollo práctico

ha supuesto una notable mejora cualitativa y cuantitativamente de la investigación realizada en este primer nivel de la atención. Ya existen en el país investigaciones locales desarrolladas por médicos familiares en diversas áreas. Es indudable que los médicos de familia deben hacer todo lo posible para realizar actividades incluidas en esta área, ya que ello llevará a mejorar su formación, prestigio científico y ejercicio profesional y contribuirá a un mejor manejo de los problemas de salud del primer nivel.

Las distintas facetas de las actividades docentes de un médico de familia pueden resumirse en las siguientes:

1. Autoformación, de acuerdo con sus necesidades individuales.
2. Formación continuada mediante la puesta en marcha de actividades formativas de acuerdo con las necesidades individuales y colectivas expresadas por los integrantes del equipo de salud y mejora de la calidad de atención de los establecimientos de salud.

3. Docencia a otros profesionales esta docencia tiene dos grandes modalidades:

Docencia de pregrado que permite incorporar al currículo médico aquellos aspectos específicos de la atención primaria a los que el estudiante de medicina es ajeno.

Docencia de posgrado, fundamentalmente referida a la formación de los futuros médicos especialistas en MF y comunitaria y otras especialidades que requieran el apoyo de esta especialidad.

A diferencia de las dos primeras facetas (autoformación y formación continuada dentro del equipo), es evidente que la realización de esta docencia a pre y posgraduados no siempre va a estar al alcance de todos los médicos de familia, influyendo en ello diversos factores, como que trabaje en un centro de salud docente, que esté o no acreditado personalmente como tutor, etc.

La investigación surge de una curiosidad estructurada que permite al médico de familia hacerse preguntas, poner en duda lo que está haciendo e indagar, a partir de observaciones, sobre hechos sin una explicación suficientemente justificada, utilizando siempre una metodología apropiada. Estas dudas surgen en su ejercicio profesional diario, la necesidad de aportar evidencias contrastadas que permitan decidir qué tipo de terapia o prestación de servicios son más efectivas, el disponer de estudios clínicos y de protocolos realizados desde la atención primaria, son razones que justifican el que los médicos de familia, en general, deban investigar.

Los médicos de familia, en su conjunto, deben esforzarse en desarrollar actividades investigadoras que no sean fruto de la improvisación o de necesidades personales, sino que se diseñen de acuerdo con los objetivos y metodología propios de su nivel de atención, que sean capaces de dar respuestas válidas a los problemas reales de su trabajo diario, que repercutan favorablemente sobre la comunidad que atienden y que aporten elementos útiles para el progreso de la atención primaria. Existen líneas de investigación establecidas en el

MSP y sobre los cuales los MF pueden indagar.

No obstante, investigar siempre supone un esfuerzo personal; el tiempo, la formación y los recursos, con ser necesarios, no son suficientes por lo que debería establecerse un sistema local de compensación del tiempo invertido en la investigación y gestionar los recursos necesarios para el correcto desarrollo de esta.

Actividades. En cuanto a la formación y/o docencia, algunas de ellas pueden ser las siguientes:

- Desarrollar hábitos de lectura continuada, crítica en fuentes apropiadas y de calidad.
- Asistencia regular a actividades de formación, (congresos, cursos, seminarios, sesiones clínicas, etc.)
- Participar en las actividades formativas dentro del equipo de salud de acuerdo con las necesidades de aprendizaje o formación identificadas.
- Desarrollar actividades docentes dirigidas a personal de pregrado (estudiantes de medicina, de enfermería, fisioterapia, etc.).
- Desarrollar actividades docentes, como tutor, de los médicos residentes de MF y comunitaria.

Otros escenarios o campos de acción donde puede ejercer sus funciones el Médico Familiar.

- Gestión y gerencia de servicios de salud, líder de Servicios de Salud
- Administración técnica de establecimientos de salud
- Emergencias y desastres
- Apoyo: Elaboración de Manuales, Protocolos y Guías de práctica Clínicas, sistemas de registro, garantía de calidad, promoción de la Salud.

Funciones del Médico Familiar en los Establecimientos de Salud del Ecuador

a.- Integrar el Equipo de Atención Integral de Salud (EAIS).

El Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Comunitario, Familiar e Intercultural contempla al talento humano como pilar fundamental para la intervención en territorio y establece que “el equipo de salud es definido por la OMS, en 1973 como una asociación de personas, con diferentes disciplinas profesionales, pero con un objetivo común que es el de proveer en cualquier ámbito a los pacientes y familias la atención más integral de salud posible.” (MAIS, 2018).

En este contexto, el Médico Familiar formará parte del EAIS y tendrá asignado una sectorización (EAIS) y población a cargo según lo que establece el modelo. Es decir, para sectores Urbanos hasta 4.000 hab. y para sectores Rurales 1500 - 2.500 hab. dependiendo de la dispersión de su población. Por el déficit de talento humano en los centros de salud, en caso de no contar con todos los EAIS completos, se deberá encargar otros sectores y población para que se ejecuten todas las acciones establecidas por el MAIS.

b.- Dispensarizar a la población

Todas las familias asignadas al EAIS serán registradas en sus fichas familiares y dispensarizadas, con el fin de clasificar individualmente a sus miembros según los criterios establecidos en el MAIS. Esto les permitirá establecer estrategias de seguimiento, planes de acción y cumplimiento de los paquetes priorizados o prestaciones de acuerdo con el ciclo vital y estratificación de riesgos.

Cada familia será dispensarizada según los grupos que se detallan a continuación:

- G1: Personas aparentemente sanas

- G2: Personas con algún tipo de riesgo (describir el riesgo en la ficha familiar, ejemplo sobrepeso, sedentarismo, consumo de tabaco, alcohol, adolescente sin anticoncepción o conducta violenta, gestante)
- G3: Personas con alguna enfermedad crónica compensada o no (describir la enfermedad en la ficha familiar) y
- G4: Personas con alguna discapacidad o en rehabilitación (describir la discapacidad y el porcentaje, revisar conceptos de discapacidad y deficiencia para evitar errores en el registro).

c.- Cumplir con los componentes de provisión de servicios establecidos en el MAIS

Ejecutar a nivel individual y familiar, el conjunto de prestaciones por ciclo de vida, grupos prioritarios establecidos en la Constitución de la República, grupos expuestos a condiciones específicas de riesgo; en los diferentes escenarios de atención: individual, familiar, a la comunidad y al ambiente o entorno natural.

d.- Realizar seguimiento a pacientes

El médico familiar no deberá realizar itinerancias en otras unidades de salud, con la finalidad de garantizar la atención médica y seguimiento de los pacientes en su EAIS asignado y/o encargado. En caso en el que no se pueda garantizar la asignación de médico general o familiar de EAIS pertenecientes a otras unidades se activará la red distrital para la resolución de los casos.

Para la atención extramural o comunitaria y la atención intramural que tienen que desarrollar los EAIS se ha establecido una asignación de tiempo con las diferentes actividades a ser ejecutadas a nivel individual, familiar y comunitario.

La distribución del tiempo para asegurar el cumplimiento de estas actividades será bajo los siguientes criterios:

Profesional	Unidades Urbanas		Unidades Rurales	
	Intramural	Extramural	Intramural	Extramural
Médico general y/o Médico Especialista del Primer Nivel	70%	30%	50%	50%

Fuente: MAIS, 2018.

Modificado del Modelo de Atención Integral de Salud

El tiempo de atención semanal del MF/MGI será de acuerdo con lo establecido en el MAIS.

e.- Realizar actividades docentes e investigativas

Para la programación de actividades operativas se destinarán 3 horas semanales, dónde se llevará a cabo los siguientes procesos:

- Investigación, discusión de casos y docencia con el personal de su establecimiento y de la Red a la que pertenecen.
- Evaluar y supervisar el trabajo de los E AIS.
- Formar parte de los equipos y comités de calidad de atención y seguridad del paciente de cada unidad operativa.
- Reuniones con actores sociales, o de la comunidad para establecer plan de trabajo y seguimiento de las herramientas del MAIS (mapas parlantes, ASIS, Plan Local de Salud y Comités Locales de Salud).



FORTALECIMIENTO DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD (RISS)

El propósito de la iniciativa de RISS es contribuir al desarrollo de Sistemas de Salud basados en la APS, y, por ende, a la prestación de servicios de salud más accesibles, equitativos, eficientes, de mejor calidad técnica, y que satisfagan mejor las expectativas de los ciudadanos.

Se considera que las RISS son una de las principales expresiones operativas del enfoque de la APS a nivel de los servicios de salud contribuyendo a hacer una realidad; varios de sus elementos más esenciales tales como: la cobertura, el acceso universal, atención integral, integrada y continua, y se apoya en la organización y gestión óptima, la orientación familiar, comunitaria, la acción intersectorial, entre otros.

Uno de los desafíos de la Red, son los flujos de ida y regreso de relacionamiento horizontal entre los establecimientos de primer nivel y los flujos de relacionamiento vertical con los establecimientos de los otros niveles de atención en base a criterios de acceso y de resolutiveidad de los problemas de salud de la población de cobertura. Dada la gran variedad de contextos de los sistemas de salud, no es posible prescribir un único modelo organizacional de RISS; de hecho,

existen múltiples modelos posibles.

El objetivo de esta política pública es alcanzar un diseño que satisfaga las necesidades organizacionales específicas de cada sistema; no obstante, la variedad de contextos señalados anteriormente, la experiencia acumulada en los últimos años indica que las RISS requieren de los siguientes atributos esenciales para su adecuado funcionamiento (agrupados según ámbito de abordaje):

a. Modelo asistencial: 1) población y territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud; 2) una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública; 3) un primer nivel de atención multidisciplinario que cubre a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población; 4) prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios; 5) existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud; y 6) atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población.

b. Gobernanza y estrategia: 7) un sistema de gobernanza único para toda la red; 8) participación social amplia; y 9) acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud.

c. Organización y gestión: 10) gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico; 11) recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red; 12) sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia,

origen étnico y otras variables pertinentes; y 13) gestión basada en resultados.

d. Asignación e incentivos: 14) financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red.

La actividad esencial del Médico familiar será formar parte del equipo de conformación de las redes de los establecimientos de salud y distritales, de tal manera que le permita apoyar en la articulación de las RISS, aporta y organiza circuitos de atención entre las unidades de menor complejidad hacia las de mayor capacidad resolutive.

Se enfoca en tres componentes centrales:

1. Resumen de la Evaluación de la RISS.
2. Propuesta de Plan de Mejoras de la RISS: análisis de oportunidades de mejora, objetivos y estrategias de desarrollo.
3. Construcción de viabilidad de la propuesta.

La ejecución de los componentes será monitoreada de forma trimestral, en donde se puede evidenciar el trabajo conjunto de los equipos EAIS.

Hospitalizaciones de Condiciones Sensibles a la Atención Primaria en Salud

Las Condiciones Sensibles a la Atención Primaria (CSAP) son condiciones de salud típicamente atendidas en la puerta de entrada del sistema de salud, y que ante la falta de atención oportuna y efectiva se agravarán hasta exigir la hospitalización del paciente. Es decir, si falla la APS (o más genéricamente el sistema de salud en su primera instancia de atención, sea cual fuere su modo de organización), más personas con dichas condiciones se presentarán en un estadio de evolución de la enfermedad que requiera la hospitalización.

Las hospitalizaciones por Condiciones Sensibles al Cuidado Ambulatorio (CSCA) son un indicador de actividad hospitalaria que resulta útil como trazador y medida indirecta del funcionamiento del primer nivel de atención. La CSCA evalúan la capacidad resolutive del

primer nivel de atención en función de las hospitalizaciones prevenibles de sus comunidades.

De esta manera los procesos sustantivos de la Dirección Distrital de Salud (unidad distrital de vigilancia, prevención y control de la salud, unidad distrital de estadística y análisis de la información del sistema nacional de salud, unidad distrital de gestión y evaluación de redes en atención en salud, unidad distrital de operaciones y logística en salud), tendrán la responsabilidad de realizar de manera mensual el análisis a los datos de hospitalizaciones por Condiciones Sensibles al Cuidado Ambulatorio (CSCA) y generar reuniones de trabajo con los especialistas de primer nivel (médicos familiares y comunitarios/ médicos generales integrales), que permitirá conocer el comportamiento y calidad de trabajo que se viene desarrollando y de esa forma ir estableciendo estrategias en las unidades de salud que resultaría en la disminución de hospitalizaciones evitables.

Paquete priorizado

Se define como “Paquete Priorizado” al conjunto de bienes y servicios destinado a atender a gestantes y a niños y niñas menores de 24 meses de edad, el cual permitirá el monitoreo oportuno y de calidad del desarrollo infantil integral de la población objetivo, y su incidencia directa en la disminución de la desnutrición crónica infantil. El rango de edad se establece sin perjuicio de las atenciones obligatorias que debe brindar el ente rector de Salud y demás entidades intervinientes en la presente Estrategia a los niños y niñas, una vez superada la edad indicada.

Este comprende la prestación de los siguientes bienes y servicios:

- Esquema de vacunación oportuno y completo.
- Control prenatal.
- Control prenatal mensual
- Prescripción de hierro más ácido fólico
- Planificación del parto y transporte

- Valoración y hemoglobina
- Diagnóstico y tratamiento de anemia
- Exámenes de laboratorio de VIH, VDRL Y EMO
- Pruebas rápidas de STORCH (sífilis, toxoplasmosis, rubéola, citomegalovirus, herpes simple y VIH)
- Exámenes de tamizaje de VIH
- Proteinuria después de la semana 20
- Ecos obstétricos (al menos 3).
- Sesiones de educación prenatal
- Sesiones de consejería de educación prenatal en planificación familiar, lavado de manos, higiene alimentaria, alimentación saludable y agua segura.
- Control posparto (entrega de hierro, educación en alimentación saludable)
- Control Niño Sano.
- Apego precoz, pinzamiento o corte oportuno del cordón umbilical y lactancia materna dentro de la primera hora de vida.
- Tamizaje metabólico de 4 – 28 días del recién nacido.
- Control de crecimiento.
- 3 valoraciones de hemoglobina de 6 a 23 meses, 29 días de edad.
- Sesiones de educación en lactancia materna continua y educación complementaria.
- Grupos de apoyo a la lactancia materna en establecimientos de primer y segundo nivel de atención.
- Suplementación con hierro y Micronutrientes.
- Suplementación con mega dosis de vitamina A de 6 a 24 meses de edad.

HEARTS

La Iniciativa HEARTS es el proyecto emblemático en salud y elabora un plan de extensión progresiva nacional al 2025 para cubrir los todos establecimientos de salud, busca integrarse de manera transparente y progresivamente a los servicios de salud ya existentes para promover la adopción de las mejores prácticas mundiales en la prevención y el control de las enfermedades cardiovasculares (ECV) y mejorar

desempeño de los servicios a través del mejor control de la hipertensión y la promoción de la prevención secundaria con énfasis en la atención primaria de salud.

Con la implementación de esta iniciativa se ha logrado integrar a 130.593 personas de 473 establecimientos de salud de primer nivel de MSP, con un control establecido del 74,8%. La necesidad del apoyo estratégico permitirá ampliar el tamizaje a 5'799.633 personas de los establecimientos de salud a nivel nacional, de esto se estima que se diagnostique con Hipertensión Arterial un total de 1'148.327 personas en este último semestre del 2023.

Actividades que realiza en consulta el médico familiar dentro de la iniciativa HEARTS.

- Evaluación de factores de riesgo modificables y no modificables para la HTA
- Descartar signos o síntomas relacionados con hipertensión secundaria
- Detección de coexistencia de riesgo vascular
- Evaluación el tratamiento instaurando y valoración de cifras tensionales
- Actividades de prevención secundaria (alimentación saludable, seguimiento periódico, actividad física)
- Tamizaje de hipertensión arterial a población comprendida entre 18 y 69 años.
- Evaluación de antropometría, signos vitales, perímetro de cintura, IMC.
- Evaluación de riesgo cardiovascular, evaluación de filtrado glomerular.
- Evaluación al examen físico de principales órganos que pueden resultar afectados por la HTA
- Evaluación de análisis complementarios para descartar daño de órgano diana
- Establecer con el paciente plan de tratamiento y objetivos terapéuticos.
- Evaluación por 2do nivel, si alteración en EKG, Fondo de ojo,

examen podológico, valoración con Cardiología, Oftalmología o cirugía vascular o en caso de descompensación.

Indicadores de Tamizaje de hipertensión arterial.

Indicador	Fórmula	Meta 2do semestre 2023 A Nivel País
Indicador de estructura: # de tamizajes mensuales de TA =	# de tamizajes realizados. (Población de 18 a 69 años)	5.799.633
% de tamizajes de TA por persona	# de personas tamizadas de 18 a 69 años Población asignada anual de 18 a 69 años	100%
Indicador de proceso: % personas captadas con HTA =	# captadas con HTA # de personas tamizadas	1.148.327
Indicador de resultado: % personas con HTA controlada =	# personas con HTA con valores <140/90 mmHg # total de hipertensos registrados	918661

Nota: la fuente de alimentación de la información para el cálculo de los indicadores se realizará desde el sistema PRAS.

Indicadores de Tamizaje de Diabetes Mellitus

Indicador	Fórmula
# de tamizajes de test de findrisk	# de tamizajes realizados.
Indicador de estructura: % de personas con riesgo alto para desarrollo de DM tamizadas =	$\frac{\text{Nro. De personas tamizadas con sangre capilar}}{\text{Nro de personas captadas con test de findrisk}}$
Indicador de proceso: % Personas con diagnóstico de diabetes mellitus en tratamiento =	$\frac{\# \text{ en tratamiento}}{\# \text{ de personas tamizadas}}$
Indicador de resultado: % personas con DMII controladas =	$\frac{\# \text{ personas con DMII valores de HbA1C de control}}{\# \text{ total de diabéticos registrados}}$

Nota: la fuente de alimentación de la información para el cálculo de los indicadores se realizará desde el sistema PRAS.



ESTRATEGIA NACIONAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE CÁNCER EN EL ECUADOR.

El especialista del primer nivel de atención desarrolla un rol fundamental en la estrategia integral de cáncer en el Ecuador, es quien brinda un soporte clínico permanente y cercano con el paciente y su núcleo familiar, facilitando la promoción y prevención, la detección oportuna de factores de riesgo, la referencia pertinente, la comprensión y adaptación a la enfermedad en cada una de sus etapas, se encarga de coordinar acciones con todo el equipo de profesionales de la salud y del seguimiento del individuo y su familia.

La estrategia se enmarca en el Modelo de Atención Integral de Salud, donde se establece que se elaborarán planes integrales de salud sobre las patologías más prevalentes, relevantes o que supongan una especial carga sociofamiliar, garantizando una atención sanitaria integral, que comprenda su prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

La Estrategia Nacional incluye el Plan de Acción para la prevención y control del cáncer, haciendo énfasis en los factores de riesgo y promoviendo los estilos de vida saludables para reducir esta enfermedad. Además, el documento señala métodos de tamizaje

con la mejor evidencia científica para los siguientes cánceres: mama, cérvicouterino, estómago y colorrectal, puesto que el cribado de estas neoplasias contiene intervenciones eficaces que tienen un impacto claro y cuantificable, orientado a la detección y el tratamiento temprano para contrarrestar complicaciones graves y costosas.

En este contexto, la estrategia plantea:

Cáncer de Cuello Uterino: realizar cribado en mujeres de 21 a 65 años con Papanicolaou cada 3 años. En mujeres de 30 a 65 años y de ser posible, realizar el tamizaje con citología y pruebas moleculares para ADN de VPH cada 5 años; para otras edades y casos específicos, referirse a los documentos normativos emitidos por el ente rector.

Cáncer de Mama: Se debe mantener el tamizaje en mujeres sanas desde los 50 años hasta los 69 con mamografía, e individualizar e iniciar detección más temprana en mujeres con antecedentes, riesgo o sintomáticas cada dos años (menores de 40). En caso de emisión de un documento normativo nacional basado en evidencia científica actualizado en los siguientes años, se recomienda seguir las directrices del mismo.

Cáncer Colorrectal: población comprendida en el grupo de edad de 50 a 75 años realizar estudio de tamizaje mediante la prueba de Sangre Oculta en Heces Fecales por método inmunoquímico cuantitativo, una vez cada año; en aquellos establecimientos de salud que no cuentan con esta técnica se realizará la prueba de Sangre Oculta en Heces Fecales por método cualitativo.

Cáncer de Estómago: realizar el cribado en la población de más de 50 años. El tamizaje se hará mediante la combinación de exámenes serológicos para determinación de *Helicobacter pylori* (Hp) y pepsinógeno (PG) combinado con endoscopia digestiva alta. El intervalo de los estudios endoscópicos se determinará mediante esta estrategia (método ABC).

Cáncer de próstata: población masculina en el rango de edad entre los

50-74 años. No resulta apropiado el tamizaje colectivo generalizado del cáncer de próstata. La detección precoz (cribado oportunista) debe ofrecerse a personas bien informadas. El médico debe explicar antes al paciente sobre los beneficios inciertos y perjuicios del tamizaje de cáncer de próstata y su tratamiento.

Se estima aplicar 702.000 pruebas rápidas de inmunocromatografía distribuidas para antígeno prostático específico, sangre oculta en heces y antígeno de *Helicobacter pylori*, destinado al tamizaje de cáncer de próstata, colorrectal y gástrico las cuales serán aplicadas en la población en un periodo de 12 meses.

Indicadores:

Cáncer cervicouterino

Denominación	Fórmula
# de tamizajes	# de tamizajes realizados.
% de tamizajes por población objetivo	# de personas tamizadas
Tasa de incidencia de CCU	Población asignada anual de 21 a 65 años $\frac{\text{# de tamizajes realizados}}{\text{# de personas tamizadas}} \times 100$ (Número de casos nuevos de CCU / Población total anual expuesta) * 100.000 hab.

Cáncer de mama:

Denominación	Fórmula
# de tamizajes	# de tamizajes realizados.

% de tamizajes por población objetivo	# de personas tamizadas Población asignada anual de 50 a 69 años *100
Tasa de incidencia de mama	(Número de casos nuevos de cáncer de mama / Población total anual expuesta) * 100.000 hab.

Cáncer colorrectal

Denominación	Fórmula
# de tamizajes	# de tamizajes realizados.
% de tamizajes por población objetivo	# de personas tamizadas Población asignada anual de 50 a 75 años *100
Tasa de incidencia de CCR	(Número de casos nuevos de CCR / Población total anual expuesta) *100.000 hab.

Cáncer de Estómago:

Denominación	Fórmula
# de tamizajes	# de tamizajes realizados.

% de tamizajes por población objetivo	# de personas tamizadas Población asignada anual de mayores a 50 años *100
Tasa de incidencia de cáncer de estómago	(Número de casos nuevos de cáncer de estómago / Población total anual expuesta) *100.000 hab.

Cáncer de Próstata

Denominación	Fórmula
# de tamizajes	# de tamizajes realizados.
% de tamizajes por población objetivo	# de personas tamizadas Población asignada anual de 50 a 74 años *100
Tasa de incidencia de cáncer de próstata	(Número de casos nuevos de cáncer de próstata / Población total anual expuesta) *100.000 hab.

Agendamiento, interconsultas y referencias:

- Deben constar dentro de la programación de agendamiento por contact center, así como de agendamiento propio en la unidad de salud para interconsultas, referencias y atenciones subsecuentes,

precisamente para garantizar la continuidad de atención de los pacientes por parte del mismo especialista. La atención debe estar basada en los tiempos de consulta que se encuentra en las normativas que al momento estén vigentes.

- Deben garantizar la atención subsecuente de los pacientes de acuerdo con su estratificación de riesgo (dispensarización y coberturas de prestaciones por ciclos de vida) al finalizar la atención brindada por el profesional de salud.
- Con la finalidad, de garantizar la pertinencia de las referencias, en caso de ser necesario y existir dudas por el profesional (Médico General, Obstetra o Profesional Rural) se puede consultar con el médico especialista del primer nivel y si se tienen discordancias, se establecerá la validación por parte del proceso sustantivo de la Dirección Distrital de Salud (unidad distrital de gestión y evaluación de redes en atención en salud), quien tendrán la responsabilidad de valorar la pertinencia del mismo.
- Las referencias realizadas en el establecimiento por otros profesionales de salud no deberán ser validadas por el Médico Familiar Comunitario y/o Médico General Integral para la gestión de turnos a niveles de mayor complejidad
- Se debe garantizar las interconsultas a través del sistema de agendamiento en caso de contar con contact center; en establecimientos que no cuenten con este sistema se deberá llevar un registro según el tiempo establecido para actividades extramural e intramural que indica el MAIS.
- Las actividades intramurales del médico familiar estarán asignadas durante el 80% de la jornada laboral al agendamiento contact center, en base al acuerdo ministerial 00089-2019, el cual estará distribuido el 50% (citas de primera vez); el otro 50% se deberá agendar las citas subsecuentes de sus pacientes, gestión de usuarios y atención de interconsultas. En el caso de no contar con este sistema, se aplicará un registro de agendamiento interno, con los porcentajes mencionados anteriormente.

Los tiempos de atención para el Primer Nivel de Atención:

- Primer control prenatal (o interconsulta en el caso del MF): 40 minutos
- Atención a adolescentes (primera o interconsulta): 30 minutos
- Atención del niño (primera o interconsulta): 30 minutos
- Atención del recién nacido (primera o interconsulta): 30 minutos
- Atención al adulto mayor (primera o interconsulta): 30 minutos
- Atención a la población en general: 20 minutos.

Para las interconsultas dispondrá de 30 minutos excepto en los siguientes casos que por la relevancia y el tiempo e instrumentos que debe utilizar:

- Evaluación geriátrica integral (EGI)/discapacidad: 45 minutos*
- Evaluación inicial RN con defectos congénitos, desnutrición aguda: 45 minutos
- Evaluación inicial de embarazada de alto y muy alto riesgo: 45 minutos
- Evaluación inicial de salud mental, depresión severa o psicosis: 45 minutos
- Evaluación inicial de enfermedad terminal o cuidados paliativos: 45 minutos

*Estos tiempos son los mismos tiempos estipulados para el especialista en psicología, salud mental, evaluación de discapacidad o nutrición en la atención de sus casos

Para los demás casos de agenda subsecuentes o primera vez, dispondrá igual que el resto de los médicos de 20 minutos o menos en el caso de revisión de exámenes (10 minutos) u otro requerimiento que no implique una mayor intervención y/o procedimientos.

GESTIÓN ADMINISTRATIVA.

La actividad gerencial en salud, es caracterizada por una permanente toma de decisiones con la responsabilidad de garantizar su organización

y encaminarla hacia la accesibilidad de los servicios de salud; lleva implícito que, toda decisión tiene efectos económicos y sociales que no siempre están en correspondencia con la relación costo-beneficio. De ahí que toda decisión del nivel ejecutivo de la gerencia de salud tendrá que ser analizada con un triple enfoque: económico, al procurar que las decisiones sean para el beneficio de la institución de salud y todo el sistema; social, al tomar en cuenta que las decisiones estén en relación directa con el bien individual y el bien común; y ético, pues tiene que velar porque las acciones resultantes de una decisión tomada no lesionen la dignidad de las personas involucradas ni afecten a dependientes

Posterior al análisis realizado, se enfatiza en el memorando enviado con fecha 1 de agosto del 2022, con asunto Alcance a Disposición sobre especialistas en el primer nivel de atención (Médico Familiar y Comunitario/Médico General Integral), en el cual se menciona:

“En referencia al Memorando Nro. MSP-SNPSS-2022-2361-M de fecha 01 de julio de 2022 dentro del cual en su parte pertinente indica:

“(…)En base a lo expuesto se dispone que los profesionales considerados como especialistas de primer nivel (Médico Familiar y Comunitario/ Médico General Integral), que se encuentren dentro del distributivo de Talento Humano de cada Dirección Distrital y que al momento se encuentren cumpliendo funciones administrativas (procesos agregadores de valor distritales) y operativas en establecimientos de segundo nivel (hospitales básicos), sean reincorporados de manera progresiva en las Unidades Operativas del Primer Nivel de Atención de acuerdo a la tipología y necesidad existente de cada establecimiento de Salud, el proceso será ejecutado hasta el 15 de julio del 2022, y el cumplimiento de la presente disposición será monitoreada y reportada por las Unidades de Talento Humano y Provisión de los Servicios de cada Coordinación Zonal de Salud ..”

En virtud de lo expuesto se realiza el alcance a la presente disposición estableciendo que los profesionales considerados como especialistas de primer nivel (Médico Familiar y Comunitario/Médico General Integral), tienen dentro de sus responsabilidades la atención en salud

integral al paciente, su familia y su comunidad, utilizando estrategias de Atención Primaria de la Salud, con enfoque holístico; con el propósito de promover salud, prevenir enfermedades, tratar y rehabilitar a las personas y familias vinculados a los valores e ideales de la sociedad y de los conocimientos profesionales, de igual manera fundamenta sus competencias relativas al análisis comunitario y de factores de riesgo y administrativo en relación a la provisión de servicios.

Con base en lo mencionado será responsabilidad de las Unidades de Talento Humano y Provisión de los Servicios, en la parte zonal y distrital, realizar el análisis de distribución del personal correspondiente a Médicos Familiares y Comunitarios/Médicos Generales Integrales, considerando el perfil, la capacidad de gestión y realidad local se incluya en las actividades tanto administrativas como operativas a los especialistas de primer nivel con la finalidad de satisfacer las necesidades de salud de la población en cumplimiento a lo que establece el Modelo de Atención Integral de Salud.”

Bibliografía:

1. Constitución de la Republica del Ecuador [Internet]. [citado 19 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.cosede.gob.ec/wp-content/uploads/2019/08/CONSTITUCION-DE-LA-REPUBLICA-DEL-ECUADOR.pdf>
2. Torres-Lagunas MA, Torres-Lagunas MA. La Atención Primaria de Salud de Alma-Ata a Astaná, hacia la Cobertura Universal. Enferm Univ. diciembre de 2018;15(4):329-31.
3. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS [Internet]. 2016. Disponible en: https://www.hgdc.gob.ec/images/DocumentosInstitucionales/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf
4. Organización Mundial de la Salud promocion-salud-intersectorialidad-concurso-2017-educacion.pdf [Internet]. [citado 18 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/promocion-salud-intersectorialidad-concurso-2017-educacion.pdf>
5. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, AM_00003094_2013 15marzo.pdf [Internet]. [citado 19 de mayo de 2022]. Disponible en: https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dsg/documentos/ac_00003094_2013%2015marzo.pdf
6. Viceministerio de Atención Integral en Salud., Subsecretaría de Provisión de Servicios de Salud., Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud. Lineamientos Operativos para Agendamiento de Citas de Salud a través del sistema contact center en los Establecimientos De Salud Del Primer Nivel De Atención Del Ministerio de Salud Pública. MSP; 2021.
7. Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar. Perfil del Médico Familiar en Ecuador. Documento de trabajo. Abril 2010.
8. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; 2005.

9. Henríquez-Trujillo, Aquiles & Sánchez del Hierro, Galo. (2011). La definición del perfil profesional del médico familiar en Ecuador: una tarea en proceso. *Revista Médica Vozandes*. 22. 5-8.
10. Díaz Bolaños CR. Posgrado Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria. Ecuador: Ministerio de Salud Pública; 2012
11. Ferregut, Jorge & Cruz, Amarily & Pérez, Yarelys. (2015). Programa de formación de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria en Ecuador con participación de profesores cubanos. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*. 19. 737-745.
12. Lemus Lago ER, Borroto Cruz R. Atención Primaria de Salud, Medicina Familiar y médicos de familia. En: Álvarez Sintés R. *Medicina General Integral*. Vol I. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014. p. 61-76 Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
13. Instructivo para la elaboración del Análisis Situacional Integral de Salud, Diagnóstico Situacional. Metodología de trabajo. Ecuador: Ministerio de Salud Pública; 2013.
14. 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>
15. Casado Vicente, V. (2012). *Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria* (2da ed.). Barcelona: Editorial Médica Panamericana.
16. Fernández Ortega, M. (2009). El impacto de la enfermedad en la familia. *Revista de la Facultad de Medicina*. Unam, 47(6). Recuperado a partir de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rfm/article/view/12822/12141>
17. Armas Guerra, N., & Díaz Muñoz, L. (2007). Entre voces y silencios, las familias por dentro. Quito. Recuperado a partir de [http://www.semefec.org/joomlasemefec/images/PROTOCOLOS/Familias por Dentro.pdf](http://www.semefec.org/joomlasemefec/images/PROTOCOLOS/Familias%20por%20Dentro.pdf)
18. Dueñas-Espín, I., Merino-Salazar, P., Abril-Saltos, M., Pereira, H., Espinosa-Herrera, F., & Quishpe-Narváez, E. (2015). Demographics and clinical determinants of integrated care usage in social security patients: an Ecuadorian experience. *International*

Journal of Integrated Care, 15(ii), 193-196.

19. Dueñas-Espín, I., Vela, E., Pauws, S., Bescos, C., Cano, I., Cleries, M., ... Roca, J. (2016a). Proposals for enhanced health risk assessment and stratification in an integrated care scenario. *BMJ Open*, 6(4),
20. Martín Zurro, A., Cano Pérez, J., & Gené Badia, J. (2019). Atención Primaria. Problemas de salud en la consulta de Medicina de familia. (Elsevier, Ed.) (Octava). Barcelona: Elsevier España, S.L
21. Karin Kopitowski. (2016). Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del hospital Italiano de Buenos Aires (Tercera) . Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana
22. Bedoya, R (2016). Medicina Familiar. Reflexiones desde la práctica. Quito, Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Organización Panamericana de la Salud.

DIRECTRICES

**Médico Especialista del
Primer Nivel de Atención**

**(Médico Familiar y Comunitario
Médico General Integral)**

Ministerio de Salud Pública



República
del Ecuador