

Betty Espinosa y William Waters, editores

# Transformaciones sociales y sistemas de salud en América Latina



**FLACSO**  
ECUADOR

# Índice

<b>Presentación</b> .....	9
<b>Introducción</b>	
<b>Visiones comparativas de las transformaciones sociales y los sistemas de salud en América Latina</b> .....	11
<i>William F. Waters</i>	
<b>SECCIÓN 1</b>	
<b>SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD EN ECUADOR Y AMÉRICA LATINA</b>	
<b>Buen gobierno en salud: un desafío de todos</b> .....	27
<i>Nilhda Villacrés</i>	
<b>Los modelos de atención de salud en el Ecuador</b> .....	49
<i>Fernando Ortega Pérez</i>	
<b>Los servicios públicos de atención de salud del DMQ: cantidad, calidad y costos</b> .....	65
<i>Ruth Lucio</i>	
<b>Los contenidos de la agenda local de salud: heterogeneidades y problemas transversales en municipios del Conurbano Bonaerense, Buenos Aires, Argentina</b> .....	85
<i>María Mercedes Di Virgilio y María Canel</i>	
<b>Un acercamiento al pluralismo médico en los Andes</b> .....	101
<i>Jos Demon</i>	

© De la presente edición:

**FLACSO, Sede Ecuador**

La Pradera E7-174 y Diego de Almagro

Quito-Ecuador

Tel.: (593-2) 323 8888

Fax: (593-2) 3237960

www.flacso.org.ec

ISBN:

Cuidado de la edición: Paulina Torres

Diseño de portada e interiores: Antonio Mena

Imprenta: Rispergraf

Quito, Ecuador, 2008

1ª. edición: junio, 2008

## SECCIÓN 2

### POLÍTICAS DE SALUD Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL ÁMBITO NACIONAL E INTERNACIONAL

Desde el diseño a la implementación de políticas públicas: el caso de la reforma de salud en Chile . . . . .	123
<i>Óscar Arteaga</i>	
A política de saúde e o Programa Saúde da Família no debate da seguridade social no Brasil: o olhar do serviço social . . . . .	145
<i>Laurita Wiese</i>	
Educación ciudadana y políticas públicas en salud . . . . .	163
<i>Juan Camilo Salas Cardona</i>	
Ecuador offers an alternative option to international aid and health policies . . . . .	177
<i>Jean-Pierre Unger, Nancy Vásconez y Pierre De Paepe</i>	
Salud familiar integral y Asamblea Constituyente . . . . .	189
<i>Edgar Rodas Andrade</i>	

## SECCIÓN 3:

### PRÁCTICAS EN LAS PROFESIONES DE SALUD

Formas simbólicas y tránsitos identitarios: una aproximación teórico-metodológica a las percepciones, usos y apropiación de la noche entre los enfermeros y enfermeras nocturnos . . . . .	207
<i>Andrés López Ojeda</i>	
De la identidad institucional a la figura de estatus en la profesión de enfermería: un estudio de caso con enfermeras del sector público en la Ciudad de México . . . . .	227
<i>Hedaldid Tolentino Arellano</i>	
Medicalización e industria del nacimiento . . . . .	249
<i>Raúl Mideros Morales</i>	

# Salud familiar integral y Asamblea Constituyente

Edgar Rodas Andrade\*

## Introducción

La expresión “salud familiar integral”, utilizada para describir un sistema de atención de la salud, tiene un contenido y un alcance mucho más profundo que lo que generalmente se piensa. Creemos que es necesario reflexionar sobre cada uno de los términos que componen esta expresión para entender a cabalidad su significado (Rodas, 2005: 61-75).

Salud: no significa solamente la ausencia de enfermedad, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la define como “el estado de completo bienestar físico, mental y social”. Esta definición tan concisa, comprende, no solamente al ser humano en su totalidad: cuerpo y mente, sino que incluye sus relaciones con el ambiente que le rodea.

Nosotros debemos considerar, además, las definiciones andinas de salud. Nuestros pueblos aborígenes tienen sus propias definiciones. Los Simiatug de la provincia de Bolívar, definen la salud como “la convivencia armónica del ser humano consigo mismo, con la madre tierra y con los demás” y añaden, que esta convivencia armónica es “tendiente al desarrollo integral y a la paz espiritual individual y social” (Malo, 1995).

Los Cañaris la consideran como “un estado de equilibrio armónico corporal y espiritual del ser humano,” y añaden luego, que este equilibrio,

---

\* Decano de la Facultad de Medicina, Universidad del Azuay. Presidente-Fundador de la Fundación Cinterandes.

hace posible alcanzar la convivencia de mutuo respeto con todo lo que nos rodea, física y espiritualmente” (Subsecretaría de Cultura del Austro, 2007). Como puede verse, estas definiciones incluyen un concepto de armonía en las relaciones con los demás y el ambiente e incluyen el concepto de un mundo espiritual.

Lo importante es entender que todas estas definiciones van más allá del concepto generalizado de salud, como ausencia de enfermedad, que es el que predomina en las relaciones médico-paciente, y que tanto han deformado la práctica de la medicina.

### Salud familiar

En el Ecuador se han diseñado numerosos programas de salud durante diferentes gobiernos. Todos ellos han sido bien concebidos y realizados por expertos, con participación comunitaria y con la asesoría de la OMS, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y otros organismos internacionales

Todos los programas enfatizan en la prevención de la enfermedad, promoción de la salud y cuidado especial del niño y de la madre. No sería correcto afirmar que todos estos planes han fracasado, puesto que ha existido un progreso significativo en la situación de salud del país, como los indicadores de salud lo atestiguan. Sin embargo, la situación deja mucho que desear y aún mantenemos un estado de retraso comparando con el resto del mundo y aún de América Latina.

La situación es peor en el campo, especialmente entre la población indígena. El campo está generalmente atendido por médicos rurales que prestan un año de servicio luego de su graduación como médicos. Ellos son los encargados de ejecutar el plan de salud, desde un sub-centro de salud generalmente mal equipado y desprovisto de medicamentos e insumos.

Estos médicos están a cargo de una población entre 5 000 y 10 000 habitantes y en algunos casos aún mayor, población dispersa en una amplia área geográfica. Esta situación hace imposible realizar una atención médica sistemática y estos jóvenes médicos terminan atendiendo en el sub-centro de salud la demanda espontánea de los pacientes. Sólo, ocasio-

nalmente, tienen la oportunidad de realizar promoción de la salud o prevención de la enfermedad y la falta de recursos orienta la atención a un tratamiento simplemente sintomático. Esta es la razón por la que planes de salud tan bien diseñados no tienen los resultados esperados. En ellos se explica cuidadosamente lo que hay que hacer pero no se explica cómo hacerlo, no se especifican estrategias, ni se proveen los medios para llevar a cabo los diferentes sub-programas.

Para resolver este problema creemos que es necesario tener un equipo de salud a cargo de un grupo definido de familias en un área geográfica específica. El equipo de salud podría estar formado por un médico y una enfermera, sin embargo, ante la falta de enfermeras, decidimos integrarlos con una auxiliar comunitaria, que es: una persona que ha terminado por lo menos la instrucción primaria, que tenga interés por la salud y que resida en la zona asignada al equipo. El equipo será responsable de la atención personal de cada miembro de familia y tomará a su cargo la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la atención de la patología y mantendrá actualizada la información necesaria.

La experiencia en numerosos países ha demostrado que el número ideal de familias está entre 120 a 200 (600 a 1 000 personas). En nuestro medio sin embargo, debido a la situación del país, creemos que con dedicación y entusiasmo es posible atender entre 250 y 300 familias (1 250 a 1 500 personas).

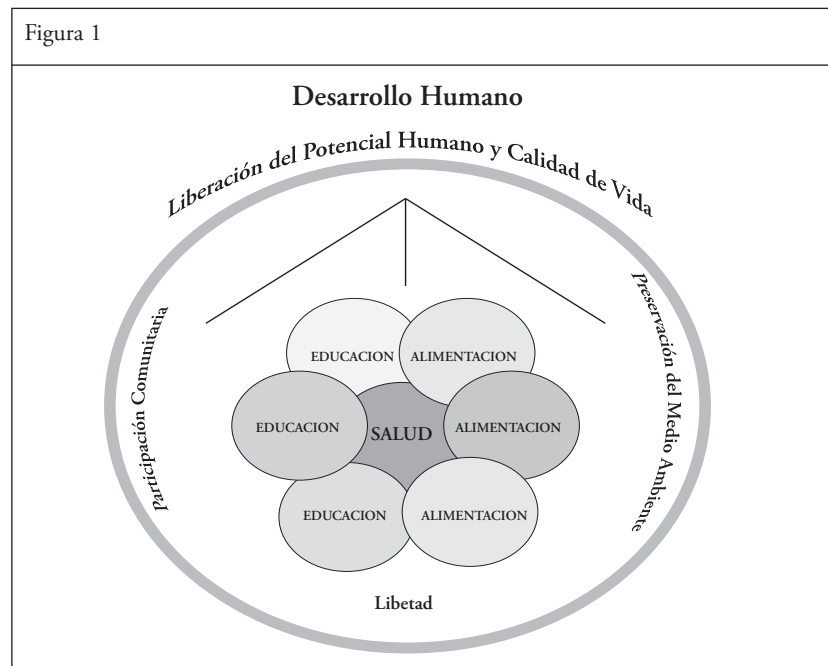
En las ciudades, la necesidad de médicos familiares es también muy grande, médicos que comprendan al ser humano total y no como un agregado de órganos o sistemas; con una concepción de la salud de acuerdo a las definiciones que hemos citado y no vean a su ejercicio profesional solamente como una serie de enfermedades que hay que curar. No pretendemos ignorar la necesidad de especialistas; su aporte a la salud es indispensable en casos especiales; sin embargo es muy importante que ellos tengan una visión universal y desde esta visión, asuman el papel que les toca desempeñar. La demanda del público por médicos familiares es muy grande, como lo prueba el éxito que tienen los pocos profesionales que se dedican a este tipo de ejercicio médico.

El sistema familiar enfrenta los problemas de salud con sus múltiples consecuencias en todos los aspectos de la vida, donde ellos tienen su ma-

yor impacto: el núcleo familiar, pues cuando una persona enferma no se da un problema individual sino que afecta en forma inmediata a toda su familia. El médico debe comprender este hecho y tratar el problema en forma colectiva, entendiendo además, que los lazos afectivos comunes contribuyen en forma decisiva a encontrar su solución.

### Salud familiar integral

El calificativo “integral”, aplicado a la salud tiene un doble significado: por una parte, quiere decir que comprende no solamente la medicina curativa, sino la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud, su recuperación cuando se la ha perdido y la rehabilitación del paciente. Por otro lado, significa que debe entenderse integrada a todas las otras facetas del desarrollo (Fig1).



Consideramos el desarrollo como la liberación y el cultivo del potencial del ser humano para asegurar su permanente crecimiento y mejorar su calidad de vida, lo cual solamente se da si respondemos a sus necesidades fundamentales que a nuestro entender son: “salud, educación, alimentación, vivienda y vestido, comunicación, trabajo, producción y recreación” (Rodas y Vicuña, 2004: 1).

Colocamos a la salud en el centro de nuestro esquema, no necesariamente para significar que es lo más importante en términos absolutos, sino que para nosotros, quienes trabajamos fundamentalmente en el campo de la salud, ella es el centro de nuestra actividad. Un educador muy bien podría colocar a la educación en el centro, o un arquitecto a la vivienda, lo importante es comprender la relación que tienen entre sí todos los aspectos del desarrollo y de la vida.

La respuesta a las necesidades fundamentales del ser humano, debe hacerse siempre preservando el ambiente pues nada atenta más contra la salud que su contaminación y alteración, que de continuarse al ritmo actual, se está poniendo en serio peligro la supervivencia de la especie humana y de la vida sobre nuestro planeta. Además, quienes dirigen programas de desarrollo, deberán hacerlo con participación de la comunidad, la cual debe tomar parte en las decisiones y en la construcción de sus caminos y metas. Por último, todo programa debe respetar las libertades individuales y civiles, pues además de ser este respeto un deber moral, debemos tener presente, que jamás lo impuesto por la fuerza, ha perdurado cuando la presión ha cesado.

### Descripción del programa de salud familiar integral

La ejecución de un programa de salud familiar integral supone, como hemos manifestado anteriormente, la asignación a un equipo de salud, de un número definido de familias en un área geográfica determinada.

De acuerdo a las políticas de salud y sus lineamiento, y siguiendo las directrices del Plan Nacional de Salud 2000-2005 (Ministerio de Salud Pública, 1999) hemos diseñado un programa de salud que tiene los siguientes trece subprogramas. Algunos de ellos apuntan a los diferentes

grupos etéreos en los que el Ministerio de Salud ha dividido a la población; otros comprenden programas transversales que abarcan a diferentes grupos etéreos.

- Información: es necesario en primer lugar, recoger y organizar la información existente, aunque hemos encontrado que generalmente, ésta es incompleta. Luego cada equipo de salud visita todos los hogares para conocer a las familias, verificar, corregir o completar la información y llenar la ficha familiar que contiene datos de salud y datos socioeconómicos. Con esta información se elabora una línea de base que será utilizada para tomar decisiones y además servirá de referencia para el monitoreo y la evaluación de nuestra intervención. Estos datos se actualizan cada año.
- Inmunización: de todos los niños y mujeres embarazadas, de acuerdo el esquema del Ministerio de Salud.
- Control de crecimiento y desarrollo-nutrición: se examina regularmente a los niños menores de cinco años, se registra su peso y estatura y se tratan los problemas de desnutrición encontrados; se administran los suplementos nutricionales que provee el Ministerio de Salud y se realiza educación de la madre referente a cultivo y preparación de alimentos, pues creemos, que esta última estrategia es mucho más efectiva y sustentable que la administración de suplementos nutricionales. Sin embargo, es necesario la administración de ellos para solucionar los casos urgentes.
- Atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI): esta estrategia ha sido diseñadas por la OMS/OPS para tratar las enfermedades más comunes de los niños como son: infección respiratoria alta (IRA), enfermedad diarreica aguda (EDA), desnutrición, parasitismo y cualquier otra enfermedad que prevalezca en la comunidad

- Salud escolar: los niños de las escuelas se examinan periódicamente para detectar y tratar cualquier condición patológica como desnutrición crónica, problemas visuales, auditivos parasitismo intestinal y enfermedades dermatológicas. Se procura, además, el mejoramiento del ambiente escolar (escuelas saludables).
- Salud sexual y reproductiva: este subprograma comprende
  - Educación sexual y reproductiva.
  - Planificación familiar.
  - Cuidado prenatal y postnatal.
  - Atención del parto.
  - Estimulación de la lactancia materna.
  - Prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual.
  - Detección oportuna de cáncer de mama, útero y próstata.
  - Problemas de género.
- Programas para la juventud: deporte y recreación, prevención de drogadicción, alcoholismo y consumo de cigarrillo.
- Atención de ancianos y discapacitados en coordinación con las organizaciones comunitarias.
- Salud oral: programas preventivos y curativos.
- Salud mental: violencia intrafamiliar, maltrato al menor, seguridad.
- Atención de problemas patológicos generales: los médicos están de guardia en el sub-centro de salud que funciona 24 horas al día; la farmacia atiende también 24 horas al día. Se establecen puestos de salud estratégicos en las comunidades. Los pacientes que requieran atención secundaria o terciaria son referidos a los hospitales del Ministerio de Salud, al Programa de cirugía móvil de la Fundación Cinterandes o a otras instituciones.

- Programa para estudiar la medicina tradicional como alternativa o complemento de la medicina académica. Rescate de los conocimientos ancestrales y la cosmovisión andina. Se cultivan huertos medicinales en cada sub-centro de salud.
- Programa de salud ambiental y saneamiento básico: se realiza en coordinación con las instituciones responsables: juntas de agua, junta parroquial, municipalidades y sus empresas. Hasta que se efectúen los programas de provisión de agua potable y alcantarillado, se instruye a la población en medidas sanitarias como el lavado oportuno de manos o el hervido del agua de consumo humano.

Es importante enfatizar que todos los subprogramas tienen un importante componente educacional, con énfasis especial en la educación de madres de familia. Los programas se planifican, organizan, ejecutan y evalúan con participación de la comunidad.

### La experiencia de Santa Ana

Santa Ana es una parroquia rural del cantón Cuenca situada 18 Km. al sureste de la ciudad, consta del centro parroquial y 16 comunidades distribuidas en un área aproximada de 46 km<sup>2</sup>. Según el censo de 2001, tiene 4 775 habitantes y en la última actualización de datos realizada por la Fundación Cinterandes a fines de 2006, cuenta con 4 920 habitantes.

Según los estudios realizados por el Programa de población y desarrollo local sustentable (PYDLOS) de la Universidad de Cuenca, poco antes de comenzar el programa, las condiciones de vida, como en todas las zonas rurales del país, eran muy pobres. La salud mostraba todos los indicadores de las áreas subdesarrolladas: alta incidencia de enfermedades infecciosas; desnutrición crónica con una tasa del 64.7 por ciento en menores de cinco años y altas cifras de mortalidad materna e infantil.

El porcentaje de analfabetismo era de 13.8 por ciento; solamente, el 29.6 por ciento de los adultos habían completado la educación primaria;

y únicamente, 0.4 por ciento de la población había llegado a la educación superior.

Si bien, casi todas las familias tienen vivienda propia, el grado de hacinamiento e insalubridad son alarmantes pues, el 60.8 por ciento de las viviendas tienen un solo cuarto; el 74.98 por ciento carecen de agua intradomiciliar; solamente, el 14.3 por ciento tienen servicio higiénico; y apenas el 7.4 por ciento cuentan con servicio telefónico. El 44.5 por ciento es población económicamente activa (PEA) y en su mayoría, son artesanos y obreros; el 6.5 por ciento de la PEA indica que está buscando trabajo.

Para realizar el programa de salud familiar integral, se dividió a la parroquia en cuatro zonas y se encargó a cada una de ellas a un equipo de salud formado por un médico y una auxiliar comunitaria residente en la zona.

Luego de cinco años de trabajo, tenemos los siguientes resultados:

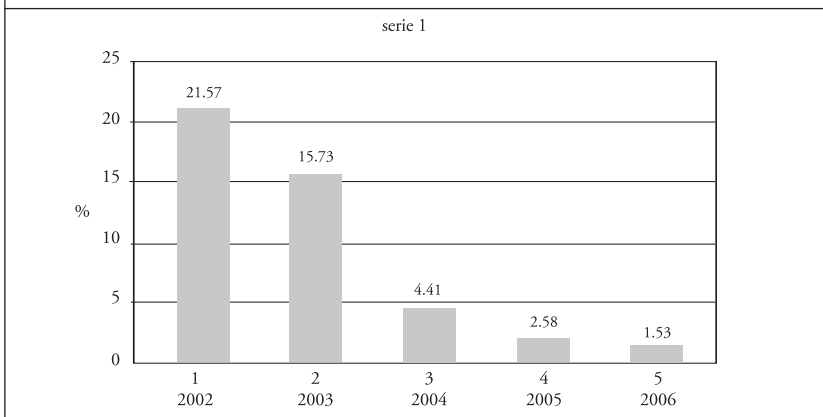
*Información:* Se mantiene una información actualizada sobre población y distribución étnica en cada una de las 4 zonas, al igual que la información sobre los resultados anuales en cada uno de los componentes del Programa.

*Inmunización:* Se mantiene el 100 por ciento de cobertura en vacunación infantil, según los esquemas del Ministerio de Salud.

*Control de crecimiento y desarrollo:* En los niños menores de un año se ha realizado un promedio de 4.3 controles anuales. La desnutrición global ha disminuido dramáticamente de 21,57 por ciento en 2002 a 1,53 por ciento en 2006 (Fig.2)

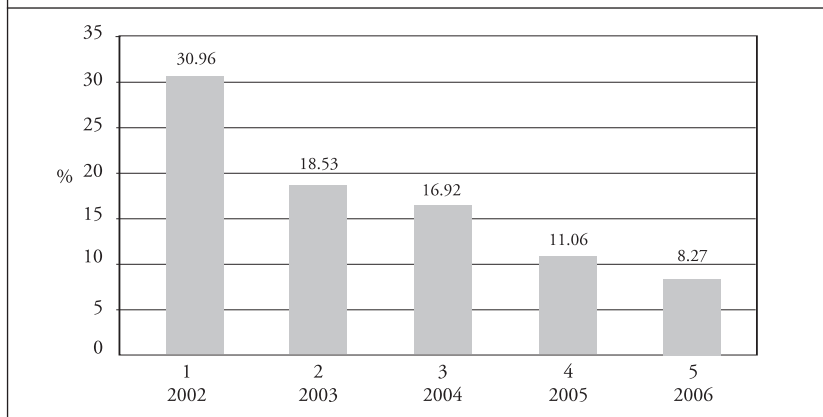


Figura 2: Nutrición en < de 1 año Sta. Ana 06-Fc 06



En los niños de 1 a 4 años se realizaron 5.1 controles anuales y la desnutrición global disminuyó de 30,96 por ciento en 2002 a 8,27 por ciento en 2006 (Fig. 3).

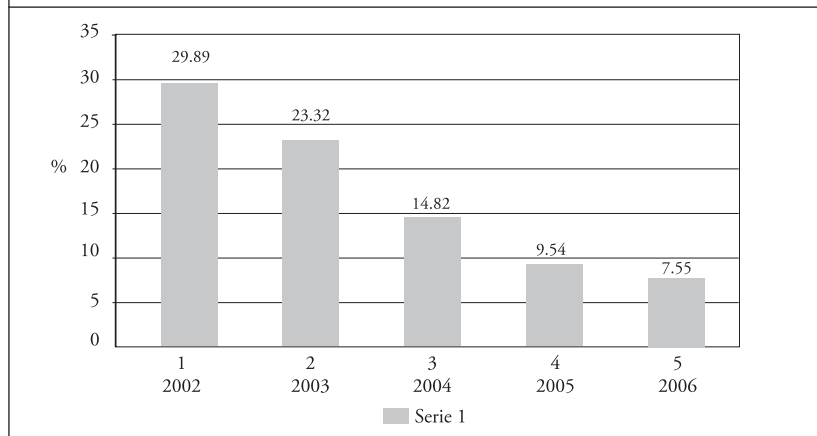
Figura 3: Sta Ana Desnutrición en niños de 1-4 años -FC 06



*Control escolar:* se realizó el control escolar dos veces en el año con el objeto de realizar el control del estado nutricional, y el diagnóstico y tratamiento de la patología encontrada. La desnutrición escolar crónica ha dis-

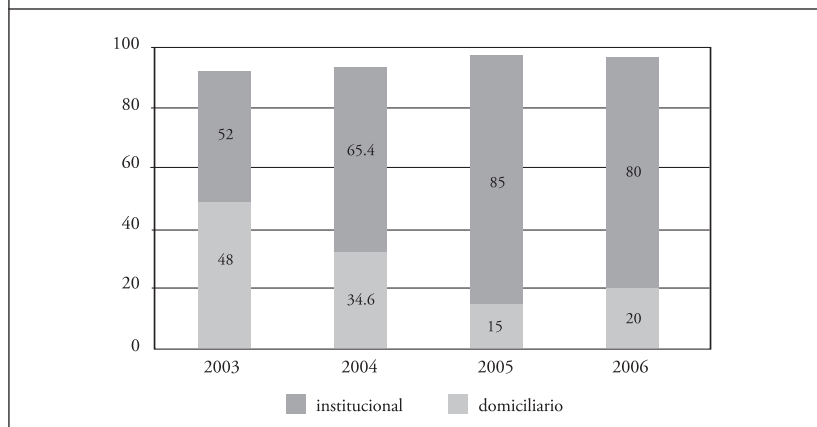
minuido consistentemente de 29,89 por ciento en 2002 a 7,55 por ciento en 2006 (Fig. 4).

Figura 4



*Salud sexual y reproductiva:* se ha logrado el 100 por ciento de control prenatal y post-parto. Gracias a la educación a las madres, la atención institucional del parto ha mejorado notablemente (Fig.5).

Figura 5



*Atención de la patología:* se mantiene la atención de 24 horas en el subcentro de salud, y atención regular en catorce puestos comunitarios. Durante el 2005 se realizaron 2 885 consultas de morbilidad en Santa Ana y 573 consultas de morbilidad en pacientes de otras zonas, con un total de 3 458 consultas; del total de consultas (9 098) el 32 por ciento corresponden a morbilidad, el 68 por ciento corresponden a consultas de fomento de salud.

Se está llevando el registro de pacientes crónicos, se ha organizado también un botiquín que sirve a la comunidad 24 horas y cuya administración está a cargo de la Junta Parroquial. Se mantiene el servicio básico de laboratorio clínico que funciona cuatro horas diarias.

*Medicina tradicional:* se está realizando la recolección de datos sobre plantas medicinales y tradiciones en salud de la comunidad. Se mantiene un huerto demostrativo de plantas medicinales en el Centro de Salud. Estos resultados nos muestran la eficacia del programa y actualmente se ha comenzado también en otros lugares, como las parroquias de Sidcay y Chaucha del cantón Cuenca; en los cantones de Chordeleg y Nabón de la provincia del Azuay y en la cuenca del río Morona en la provincia de Morona Santiago. En todos estos lugares comienzan a observarse similares resultados.

*Descentralización:* una de las condiciones necesarias para que un programa de salud familiar funcione es la descentralización. Nuestros programas no pretenden duplicar las acciones del Ministerio de Salud, sino integrarse a ellas y sumar esfuerzos. En algunos lugares hemos conseguido la colaboración de los jefes de área para integrar la información y las acciones de salud y se nos ha facilitado el uso de biológicos y medicamentos que posee el Ministerio de Salud para administrar a la población. Sin embargo, las continuas interrupciones debidas a los inhumanos e ilegales paros de la salud hacen que no exista un trabajo fluido, estamos seguros de que la situación sería mucho mejor si fuera manejada por los gobiernos locales.

Casi todos los ecuatorianos coincidimos que uno de los más serios problemas del país es la centralización. El poder se concentra en las manos de

la burocracia central; la administración a distancia no permite la identificación de los problemas reales; las soluciones tardan en llegar debido a la lentitud de los trámites y se propicia la corrupción y las coimas para lograr el despacho de las solicitudes de las provincias.

La administración descentralizada, al contrario, permite la identificación de los problemas; facilita la toma de decisiones; agiliza los procedimientos necesarios para su resolución; facilita la participación ciudadana y el control de la corrupción.

Para evitar la atomización del sector con la consecuente anarquía, se requiere la existencia de un solo plan de salud para todo el país y una autoridad fuerte que pueda mantener la unidad. Se necesita lo que se ha dado en llamar, la rectoría del Ministerio de Salud.

Las ventajas de la descentralización son tan claras y los ejemplos mundiales sobre sus buenos resultados tan abundantes, que solamente quienes se benefician del poder centralizado se oponen a ella.

### Aplicación del modelo a nivel nacional

La implantación del modelo de salud familiar integral a nivel nacional, tendría que ser necesariamente en forma gradual, aunque la meta es cubrir con el programa a toda la población ecuatoriana, ello no es posible hacerlo en forma inmediata; debe hacerse en forma paulatina, comenzando por las zonas más necesitadas, es decir, las zonas rurales del país y luego extenderse a los suburbios de las grandes ciudades. Creemos que en cuatro años, puede implementarse el programa en la zona rural (4 819 740 habitantes, según proyección del INEC para 2007) (Ministerio de Salud Pública, 2007) y en las 109 cabeceras cantonales del país que carecen de hospital, zonas consideradas urbanas pero que tienen, en la práctica, condiciones de vida del área rural. (Población aproximada: 680 000 habitantes).

Para atender a esta población de 5 500 000 habitantes se necesitan 3 667 equipos de salud. Los puestos de los 3 667 médicos podrían irse llenando en cuatro años siempre que se ofrezcan las plazas de trabajo a los médicos recién graduados en las universidades con contratos permanentes.

Para estimular la permanencia de los médicos en los lugares remotos y garantizar al mismo tiempo, la atención permanente de la comunidad, es necesario nombrar varios médicos para el mismo lugar y organizar la rotación de los mismos por períodos de tiempo variables según las dificultades de la zona. Así, para trabajar en lugares como la cuenca del río Morona en la selva amazónica, hemos organizado rotaciones de diez días con veinte días de intervalo. De esta manera se propician condiciones de vida más humanas, pues no es lo mismo la vida en la selva para una persona nacida en la ciudad que para un individuo nacido en la Amazonía.

Paralelamente, las universidades del país, deberían organizar cursos permanentes de postgrado semipresenciales en Salud Familiar, dirigidos a los médicos que están trabajando en el programa, para estimularlos, asegurar su preparación adecuada y mejorar permanentemente la calidad de atención a la comunidad.

El costo de la contratación de los equipos de salud es infinitamente menor que el costo de la construcción y mantenimiento de hospitales, y sus beneficios son mucho mayores. Además, este costo no debe ser asumido totalmente por el MSP. Los gobiernos seccionales, cada vez tienen más conciencia de la importancia de la salud y están asumiendo sus responsabilidades en sus presupuestos. Creemos que una buena parte podría ser asumida por consejos provinciales, concejos cantonales y juntas parroquiales como ya lo están haciendo algunas de estas instituciones en la provincia del Azuay y otras provincias.

### Ventajas del modelo de salud familiar integral

No hay ninguna duda de las ventajas que presenta el programa de salud familiar integral. En los lugares en los que se ha implementado, los indicadores de salud han mejorado dramáticamente. Quizá el ejemplo más cercano a nosotros es el de Cuba, donde a pesar de su estrechez económica, debida a causas que no son del caso analizar ahora, la situación de salud es un ejemplo para todos los países del mundo. Nuestra pequeña experiencia apunta en el mismo sentido.

Otra ventaja adicional, es que este modelo, integraría todos los programas que ahora existen en el Ministerio de Salud, en forma vertical y desarticulada. Programas como el de maternidad gratuita, Pan 2000, aseguramiento universal de salud, etc., funcionan independientemente, cada uno con su propio sistema de control, lo que hace difícil manejarlos en forma integrada. El Programa de salud familiar integraría y articularía todos estos programas.

### Una propuesta para la nueva constitución

Podría parecer que la especificación de un modelo de salud es muy puntual para constar en la Carta Constitucional y que sería objeto de las leyes derivadas. Sin embargo, la experiencia de los textos anteriores y entre ellos, el de la actual Constitución de la República, nos demuestran que muchísimas veces, las leyes secundarias se han hecho al filo de la Constitución y aún francamente en contra de ella. Por esta razón creo que en cada uno de los temas fundamentales, que se refieren a derechos inalienables e irrenunciables de los seres humanos, debe introducirse en el texto, alguna especificación que signifique garantía del cumplimiento de lo que allí se expresa. En el caso de la salud, el modelo de atención familiar integral significaría esta garantía de cumplimiento, entre otros, de los principios de integralidad, equidad, gratuidad, universalidad y eficiencia.

## Bibliografía

- Malo, Miguel (1995). "Reunión comunitaria en Simiatug." Informe a la Universidad de Cuenca.
- Ministerio de Salud Pública (1999). "Plan Nacional de Salud 2000-2005." Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública (2007). "Proyecciones de la población 2007 por provincias, cantones y parroquias según grupos programáticos." Ecuador.
- Rodas, Edgar (2005). *Salud familiar integral*. Universidad Verdad 38 (Diciembre) p. 61-75. Azuay, Ecuador.
- Rodas, Edgar y Vicuña, Anita (2004). "Fundación Cinterandes". Cinterandes: Informe 2003.
- Subsecretaría de Cultura del Austro (2007). "Intercambio de cosmovisión y filosofía de los pueblos y nacionalidades" Ecuador.