

Edición Especial No.557 , 11 de Abril 2016

Normativa: Vigente

Última Reforma: Acuerdo 0206-2018 (Registro Oficial 247, 23-V-2018)

APRUEBESE Y EXPÍDESE EL DOCUMENTO DENOMINADO “MODELO DE GESTIÓN, ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE ATENCIÓN DE SALUD MÓVIL”

LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

Considerando:

Que, la Constitución de la República del Ecuador, en referencia al derecho a la salud, en el artículo 32, dispone que el Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.”;

Que, la Norma Suprema, en el artículo 361, ordena al Estado ejercer la rectoría del Sistema Nacional de Salud, a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, atribuyéndole la responsabilidad de formular la política nacional de salud, y de normar, regular y controlar todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector;

Que, la Ley Orgánica de Salud, en el artículo 4, prescribe que la Autoridad Sanitaria Nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de dicha Ley; siendo las normas que dicte para su plena vigencia obligatorias; y,

Que, el Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública, emitido mediante Acuerdo Ministerial No. 00004520, publicado en la Edición Especial del Registro Oficial No. 118 de 31 de marzo de 2014, determina entre las atribuciones y responsabilidades del Director/a Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles “(...) b. Conducir y coordinar la elaboración de modelos de gestión, planes, proyectos y demás herramientas para la atención pre-hospitalaria y unidades móviles del Ministerio de Salud Pública, en base a las políticas y lineamientos estratégicos establecidos, y en coordinación con la Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria para su articulación con los niveles de atención que conforman el Sistema Nacional de Salud; (...)”.

En ejercicio de las atribuciones contempladas en el artículo 154, numeral 1, de la Constitución de la República del Ecuador

Acuerda:

Art. 1.- Aprobar y expedir el documento denominado “**Modelo de gestión, organización y funcionamiento del servicio de atención de salud móvil**”.

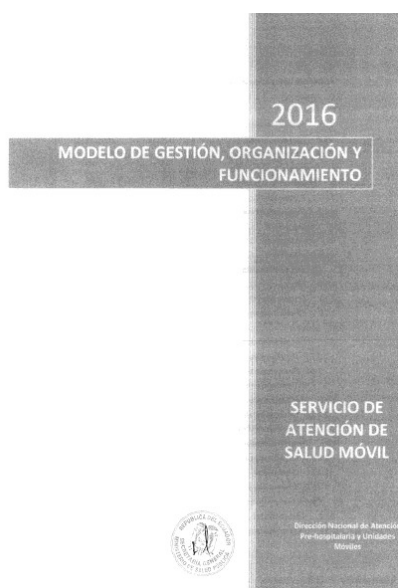
Art. 2.- Disponer que el “**Modelo de gestión, organización y funcionamiento del servicio de atención de salud móvil**”, sea aplicado obligatoriamente en el Ministerio de Salud Pública, tanto a nivel central como en sus niveles desconcentrados.

DISPOSICIÓN FINAL

De la ejecución del presente Acuerdo Ministerial, que entrará en vigencia a partir de la fecha de su publicación en el Registro Oficial, encárguese a la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud, a través de la Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud, Dirección Nacional de Hospitales y Dirección Nacional de Atención Pre-Hospitalaria y Unidades Móviles.

Dado en el Distrito Metropolitano de Quito, a 19 de febrero de 2016.

MODELO DE GESTIÓN, ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO 2016



Contenido

1. Análisis de la situación actual

1.1 Antecedentes

1.2 Base legal

1.2.1 Servicio de ambulancias

1.2.2 Unidades móviles

1.2.3 Hospitales móviles

1.3 Homologación de términos

1.4 Descripción de la problemática y soluciones

1.4.1 Problemática

1.4.2 Propuestas de mejora

1.5 Objetivo general

Objetivos específicos

2. Conceptualización

2.1 Direccionamiento estratégico

2.1.1 Misión

2.1.2 Objetivo general

2.1.3 Objetivos específicos y estrategias de funcionamiento

2.2 Servicios

2.2.1 Servicio de ambulancias

2.2.1.1 Servicio de transporte primario o atención pre-hospitalaria

2.2.1.2 Servicio de transporte secundario

2.2.1.3 Transporte primario y secundario

2.2.2 Unidades móviles de salud

2.2.2.1 Unidades móviles de atención

2.2.2.2 Unidades móviles de apoyo

2.2.3 Hospitales móviles

2.2.3.1 Atención básica

2.2.3.2 Contingencia

2.2.3.3 Emergencias y desastres

2.3 Relacionamento interno

2.3.1 Actores internos

2.3.2 Flujo de coordinación y anclaje

Dirección Nacional de Atención Prehospitalaria y Unidades Móviles

2.3.2.1 Servicio de ambulancias

2.3.2.2 Unidades móviles de salud

2.3.2.3 Hospitales móviles

2.4 Relacionamento interinstitucional

2.5 Detalle de gestión

- 2.5.1 Servicio de ambulancias
 - 2.5.1.1 Transporte primario (atención pre-hospitalaria)
 - 2.5.1.2 Transporte secundario
 - 2.5.1.4 Transporte sanitario aéreo
 - 2.5.1.5 Generalidades de la gestión
- 2.5.2 Unidades móviles de salud
 - 2.5.2.1 Generalidades de la gestión
 - 2.5.2.2 Atención en la unidad móvil general
 - 2.5.2.3 Atención en la unidad móvil quirúrgica
 - 2.5.2.4 Atención en la unidad móvil de diagnóstico oncológico
- 2.5.3 Hospitales móviles
 - 2.5.3.1 Atención básica
 - 2.5.3.2 Contingencia
- 2.6 Detalle de gestión en casos de emergencia
 - 2.6.1 Servicio de ambulancias
 - 2.6.2 Unidades móviles de salud
 - 2.6.3 Hospitales móviles
 - 2.6.4 Estrategias generales de organización y operación
 - 2.6.4.1 Planificación y Control de la Gestión
 - 2.6.4.2 Gestión de talento humano
- 2.7 Definición de procesos administrativos
 - 2.7.1 Servicio de ambulancias
 - 2.7.1.1 Mantenimiento
 - 2.7.1.2 Presupuesto
 - 2.7.1.3 Gestión del sistema de información
 - 2.7.2 Unidades móviles de salud
 - 2.7.2.1 Planeación del montaje de la unidad móvil
 - 2.7.2.2 Fases del desarrollo de unidades móviles de salud
 - 2.7.2.3 Consideraciones generales para las unidades móviles
 - 2.7.3 Hospitales móviles
 - 2.7.4 Estructura organizacional

Referencias

Anexos

- Anexo I. Listado parroquias de los quintiles Q1 Y Q2 de pobreza que no disponen de establecimiento de salud del MSP a ser cubiertas por las unidades móviles de salud
- Anexo II. Clasificación del transporte sanitario
- Anexo III. Ubicación de Unidades Móviles en Zonas y Distritos
- Anexo IV. Asignación de territorio de atención de las unidades móviles de salud
- Anexo V. Sitios seguros para ubicación de los hospitales móviles a nivel nacional

1. Análisis de la situación actual

1.1 Antecedentes En el Mundo

No fue sino hasta finales del siglo XVIII, durante las guerras napoleónicas, cuando el cirujano Barón Dominique Jean Larrey establece que el traslado de un herido desde el campo de batalla hasta los hospitales de campaña, que se encontraban a 5 Km de distancia, aumentaban la mortalidad entre los heridos por lo que era necesario montar un sistema de transporte que permita el traslado rápido de los lesionados(1).

En lo que a uso civil se refiere, a finales del siglo XIX se hacen las primeras adaptaciones en vehículos de diferente tipo de propulsión. Para el año 1909 una empresa fabricante de carruajes y carros funerarios produce en serie un vehículo adaptado que contaba con luz eléctrica, camilla y asientos junto a la camilla.

En el Ecuador

La asistencia pre-hospitalaria da sus primeros pasos en 1923 con la creación de la Cruz Roja Ecuatoriana, y la aparición de las primeras ambulancias en la ciudad de Quito, mismas que son tripuladas por personal voluntario con conocimientos básicos de primeros auxilios(1).

A partir de esta fecha, los Cuerpos de Bomberos, la Cruz Roja Ecuatoriana y la Defensa Civil (hoy Secretaría de Gestión de Riesgos), en un espíritu de colaboración empezaron a incorporar de forma independiente el servicio pre-hospitalario especialmente a nivel provincial. En Quito, Guayaquil y Cuenca existían centrales de emergencia, que funcionaban en forma aislada y no estaban reguladas por organismos de salud.

En el año de 1995, el Ministerio de Salud Pública (MSP) dio un primer paso para tecnificar el componente de emergencias y creó la Comisión Interinstitucional de Red de Emergencias Médicas (CIREM) con el fin de organizar y supervisar el proyecto denominado "Programa Piloto de Red Nacional de Emergencias" encargado de definir las políticas y participación de otras instituciones en el ámbito nacional de la red de emergencias médicas. Posteriormente, en el año 2008, pasa a ser el Comité Interinstitucional de la Red de Emergencias Médicas (CIREM), el encargado de proporcionar los lineamientos técnicos, humanos y administrativos para el buen desempeño de la atención pre-hospitalaria a nivel nacional; sin embargo, no se establecieron directrices claras para la operativización del componente pre-hospitalario en todo el territorio nacional.

A pesar de esta tecnificación, históricamente la dotación de recursos por parte del Ministerio de Salud Pública se ha visto limitada básicamente a la entrega de vehículos a las unidades de salud, para cubrir y satisfacer la demanda de transporte secundario para la referencia, contra-referencia, transferencia y derivación de pacientes, dejando descubierto el transporte primario, encargado de cubrir las causas más frecuentes de atención de enfermedades.

Causas que entre las más frecuentes están las víctimas de accidentes de tránsito, enfermedades cerebro vasculares, enfermedades hipertensivas e isquemias del corazón, enfermedades metabólicas y agresiones por homicidios. En el año 2013, el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) reportó a los accidentes de transporte terrestre, diabetes mellitus y las enfermedades hipertensivas, como la primera, segunda y tercera causa de muerte en el sexo masculino con 2.469; 2.157 y 2.136 respectivamente, dando una tasa de mortalidad de 31,15 por cada 100.000 habitantes para la primera causa, 27,60 para la segunda causa y 27,33 por cada 100.000 habitantes para la tercera causa(2).

La evidencia ha demostrado que la intervención oportuna de muchas de estas patologías potencialmente letales, especialmente las cardiovasculares y las relacionadas con trauma, disminuyen la mortalidad y reducen considerablemente las secuelas, especialmente si se recibe el tratamiento apropiado desde el momento que se produce el evento adverso, durante su traslado en la ambulancia y en los servicios de emergencias de las unidades de salud tanto públicas como privadas. Es así que uno de los mayores estudiosos del trauma en el mundo cita: "...que los pacientes lesionados críticos que reciben ayuda de alta calidad lo más temprano posible luego de ser lesionados tienen mayores posibilidades de sobrevivir.(3)

Es por esto que para brindar el tratamiento apropiado con la oportuna secuencia de procesos de atención, sólo se logrará a través de la coordinación efectiva de la atención pre-hospitalaria y hospitalaria, una adecuada infraestructura, equipamiento, y recursos humanos capacitados, que integren servicios de atención de emergencia las 24 horas en todos los niveles de atención, apoyados por un sistema de movilización de emergencia a nivel nacional. En el año 2012, el Ministerio de Salud Pública cumpliendo con el mandato Constitucional de garantizar la atención de salud a toda la población que se encuentra dentro del territorio nacional, en especial a los grupos más vulnerables de la sociedad, desarrolló una serie de estrategias encaminadas a mejorar cada uno de los componentes que conforman el Modelo de Atención Integral de Salud.

En este contexto se creó el proyecto emblemático "Mi emergencia" para la intervención integral en lo que se refiere a Atención Pre-hospitalaria, con el objetivo de fortalecer el sistema de atención de emergencias médicas basado en la cadena de supervivencia, teniendo en cuenta los ámbitos pre-hospitalario y hospitalario. El proyecto estuvo enfocado a fortalecer la funcionalidad de los servicios destinados a proporcionar y coordinar la atención de emergencia a pacientes víctimas de lesiones o enfermedades súbitas; tanto en la provisión de bienes (ambulancias aéreas y terrestres), como del equipamiento médico adecuado, talento humano capacitado y el marco normativo necesario.

Actualmente, el Ministerio de Salud Pública cuenta con 290 ambulancias operativas a nivel nacional, las cuales se encuentran articuladas al Servicio de Seguridad ECU 911. En el año 2014 se alcanzaron 128.884 atenciones pre-hospitalarias. Además, el servicio de ambulancia se complementa con traslados aéreos de acuerdo a la zona geográfica de ocurrencia, dentro de los cuales se han realizado un total de 2.918 misiones (1.705 horas de vuelo), entre las que se encuentran evacuaciones y traslados; mismos que han sido realizados a partir de convenios interinstitucionales.

En los últimos veinticinco años, la Región de las Américas ha experimentado grandes progresos; sin embargo, la sobrecarga en las frecuencias de uso del sistema pre-hospitalario, debido a la demanda persistente de los sistemas de salud y las desigualdades en materia de salud, cada vez más amplias, amenazan los logros obtenidos y ponen en peligro el progreso hacia un mayor nivel de salud y de desarrollo humano.

Como otro elemento para la atención móvil de los pacientes, en el Ecuador a partir del año 2000, el Ministerio de Salud Pública conjuntamente con el Ministerio de Educación y Cultura, y la Secretaría de Desarrollo Social -SEDES- decidieron impulsar un Programa Móvil de Salud Escolar, como una estrategia de extensión de cobertura en el primer nivel de atención, especialmente en las zonas rurales, urbano marginales, y en lugares poco accesibles a los servicios de salud; con el propósito de contribuir al desarrollo integral de las y los escolares ecuatorianos, promoviendo la creación de un entorno saludable en la escuela, la familia y la comunidad, la práctica de hábitos saludables y la prevención, detección y recuperación de enfermedades, deficiencias y discapacidades. Para su operativización, se elaboró la Guía para el funcionamiento de las Unidades Móviles de Salud Componente Salud Escolar, y el Manual Operativo de las Unidades Móviles de Salud Generales y Especializadas-2010.

A partir del año 2008, las unidades móviles de salud pasan a formar parte de la red de servicios de salud como una estrategia de prestación puntual y ambulatoria, cuyo objetivo es mejorar la equidad, eficiencia y calidad de la atención en apoyo a los servicios de salud fijos, así como también optimizar el gasto sanitario en salud de la población, asegurando un conjunto de prestaciones para la comunidad, constituyéndose en un instrumento para hacer realidad los derechos y deberes establecidos en la Constitución y alcanzar los objetivos del Plan Nacional para el Buen Vivir y para su operatividad y funcionamiento se asignan recursos a través del proyecto de inversión "Unidades Móviles de Salud Escolar".

Posteriormente se integran las Unidades Móviles Quirúrgicas y de apoyo al Diagnóstico Oncológico, que se encuentran distribuidas en las diferentes provincias del país, desplazándose a nivel nacional de acuerdo a las necesidades, ya sea por represamiento de cirugías en los hospitales o trasladándose a las comunidades que requieren de este servicio de salud. Todas las unidades móviles de acuerdo a su capacidad resolutoria, están listas para atender en situaciones de desastres naturales o emergencias sanitarias que se presenten en el país. Además, considerando que esta estrategia se enmarca dentro del Plan Nacional de Desarrollo, denominado "Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017", concretamente con el Objetivo 3 "Mejorar la calidad de vida de la población", y la política 3.2 "Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas"; la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo emite dictamen de prioridad al proyecto y se cambia de nombre a "Unidades Móviles de Salud de Atención Integral".

Por lo tanto desde abril del 2013, las unidades móviles de salud escolar pasaron a ser Unidades Móviles de Atención Integral, que permiten continuar con el fortalecimiento de los procesos de transformación del sector salud; cuyo objetivo principal es mejorar la equidad, eficiencia y calidad de los servicios sanitarios en el marco del nuevo modelo de atención(4).

Su fundamento es "mantener una presencia" en el terreno; sin embargo, las Unidades Móviles constituyen una estrategia de excepción, que sólo se utiliza, como último recurso, para prestar servicios de salud a poblaciones que no tienen acceso a un sistema sanitario(5).

Actualmente en el Ministerio de Salud Pública existen 44 unidades móviles que se relacionan con la Red de Servicios de Salud a través de la referencia de pacientes, como el mecanismo más idóneo de mantener la continuidad de la atención y constituyen un instrumento para hacer realidad los derechos y deberes establecidos en la Constitución, para lograr formas equitativas y solidarias de organización, como respuesta a las necesidades de la población excluida, dando énfasis a la inclusión social que garantiza el acceso universal de salud.

En el año 2011, como política de estado se implementaron en el país dos hospitales móviles para atender situaciones de contingencia, desastre o emergencia sanitaria; que si bien en otros países son utilizados en su mayoría en desastres de origen natural, en el país permiten además cubrir la demanda insatisfecha de acceso a los servicios de salud de la población y prestar apoyo en los planes de contingencia en los establecimientos de salud en proceso de repotenciación.

Tanto los desastres de origen natural como los desastres denominados complejos pueden provocar un elevado número de víctimas que supere la capacidad del sistema de atención sanitaria local para prestar los cuidados necesarios. Además, los eventuales daños en la infraestructura sanitaria suelen incidir negativamente en la prestación de los servicios de salud y la reparación de esas instalaciones puede llevar años.

Ante estas circunstancias, tanto los países afectados como aquellos que les prestan ayuda buscan la manera de brindar atención médica inmediata a las víctimas. El envío de hospitales de campaña a las zonas afectadas por desastres aparece como una solución viable(7).

1.2 Base legal

La Constitución de la República del Ecuador, en el artículo 3, numeral 1, atribuye como deber primordial del Estado garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en ella y en los instrumentos internacionales, en particular la salud.

La Constitución de la República del Ecuador, en el artículo 32, dispone que: *"La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir."*

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional."

La Norma Suprema, en el artículo 361, ordena al Estado ejercer la rectoría del Sistema Nacional de Salud a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, instancia a quien corresponde la responsabilidad de formular la política nacional de salud y de normar, regular y controlar todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector(8).

La Ley Orgánica de Salud, en el artículo 4, prescribe que la Autoridad Sanitaria Nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de dicha Ley; siendo las normas que dicte para su plena vigencia obligatorias.

La citada Ley Orgánica de Salud, en el artículo 6, determina entre las responsabilidades del Ministerio de Salud Pública:

"(...) 11. Determinar zonas de alerta sanitaria, identificar grupos poblacionales en grave riesgo y solicitar la declaratoria del estado de emergencia sanitaria, como consecuencia de epidemias, desastres u otros que pongan en grave riesgo la salud colectiva;

12. Elaborar el plan de salud en gestión de riesgos en desastres y en sus consecuencias, en coordinación con la Dirección Nacional de Defensa Civil y demás organismos competentes; (...)".

El artículo 9, literal d) de la Ley Ibídem prescribe que: *"Corresponde al Estado garantizar el derecho a la salud de las personas, para lo cual tiene, entre otras, las siguientes responsabilidades:*

(...)

d) Adoptar las medidas necesarias para garantizar en caso de emergencia sanitaria, el acceso y disponibilidad de insumos y medicamentos necesarios para afrontarla, haciendo uso de los mecanismos previstos en los convenios y tratados internacionales y la legislación vigente;".

La citada Ley Orgánica de Salud, en el artículo 35, determina que: *"La autoridad sanitaria nacional colaborará con los gobiernos seccionales y con los organismos competentes para integrar en el respectivo plan vigente el componente de salud en gestión de riesgos en emergencias y desastres, para prevenir, reducir y controlar los efectos de los desastres y fenómenos naturales y antrópicos."*

La Ley Ibídem, en el artículo 36, dispone que: *"Los integrantes del Sistema Nacional de Salud implementarán, en colaboración con los organismos competentes, un sistema permanente y actualizado de información, capacitación y educación en gestión de riesgos en emergencias y desastres, con la participación de la sociedad en su conjunto."*

El cuerpo legal referido en el párrafo precedente, en el artículo 259, define como Emergencia Sanitaria a *"(...) toda situación de riesgo de afección de la salud originada*

por desastres naturales o por acción de las personas, fenómenos climáticos, ausencia o precariedad de condiciones de saneamiento básico que favorecen el incremento de enfermedades transmisibles. Requiere la intervención especial del Estado con movilización de recursos humanos, financieros u otros, destinados a reducir el riesgo o mitigar el impacto en la salud de las poblaciones más vulnerables.

La emergencia sanitaria deberá ser declarada por el Presidente de la República (...)".

La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, en el artículo 5 dispone que "(...)Para el cumplimiento de los objetivos propuestos, el Sistema Nacional de Salud implementará el plan Integral de Salud, el mismo que garantizado por el Estado, como estrategia de Protección Social en Salud, será accesible y de cobertura obligatoria para toda la población, por medio de la red pública y privada de proveedores y mantendrá un enfoque pluricultural. (...)".

La citada Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, en el artículo 6 dispone que: "El Plan Integral de Salud se desarrollará con base en un modelo de atención, con énfasis en la atención primaria y promoción de la salud, en procesos continuos y coordinados de atención a las personas y su entorno, con mecanismos de gestión desconcentrada, descentralizada y participativa. Se desarrollará en los ambientes familiar, laboral y comunitario, promoviendo la interrelación con la medicina tradicional y medicinas alternativas."(9)

El inciso segundo del artículo 11 de la Ley Ibídem prescribe: "(...) El Sistema establecerá los mecanismos para que las instituciones garanticen su operación en redes y aseguren la calidad, continuidad y complementariedad de la atención, para el cumplimiento del Plan Integral de Salud de acuerdo con las demandas y necesidades de la comunidad. (...)m

Mediante Acuerdo Ministerial No. 00001162, de 9 de diciembre de 2011, publicado en el Registro Oficial No. 620 de 17 de enero 2012, se aprobó el documento denominado "Manual del Modelo de Atención Integral de Salud, MAIS".(4)

Con Acuerdo Ministerial No. 5212, de 24 de diciembre de 2014, publicado en el Registro Oficial No. 428 de 30 de enero de 2015, se expidió "LA TIPOLOGÍA/ SUSTITUTIVA PARA HOMOLOGAR LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR NIVELES DE ATENCIÓN Y SERVICIOS DE APOYO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD"(10)

1.2.1 Servicio de ambulancias

Mediante Decreto Ejecutivo No. 988, expedido el 29 de diciembre de 2011, publicado en el Registro Oficial No. 618 de 13 de enero de 2012, se regula la implementación del Servicio de Seguridad ECU 911, como herramienta tecnológica integradora de los servicios de emergencia que prestan los Cuerpos de Bomberos, las Fuerzas Armadas, Policía Nacional e Instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud.

Mediante Acuerdo Ministerial No. 2599 de 17 de diciembre de 2012, se expidió el "Reglamento de Aplicación para el Proceso de Incorporación de las Unidades de Atención Pre-hospitalaria de Transporte y Soporte Vital, al Servicio Integrado de Seguridad ECU-911, en Situaciones de Emergencia de Salud (11).

1.2.2 Unidades móviles

A partir de enero de 2008 con un periodo de ejecución hasta diciembre de 2015, el Ministerio de Salud Pública a través del Viceministerio de Atención Integral y Subsecretaría de Provisión de Servicios de Salud ha implementado el Proyecto Nacional "Unidades Móviles de Salud de Atención Integral", de alcance nacional, con el objetivo de brindar atención integral e integrada a la población más excluyente, mediante la estrategia de atención primaria y especializada en salud (promoción, prevención, curación y rehabilitación) a fin de disminuir los riesgos sociales, económicos y culturales en las comunidades de las parroquias de los quintiles 1 y 2 en las 23 provincias del país a excepción de Galápagos, con prioridad en las 410 parroquias de los quintiles 1 y 2 de pobreza crítica (Anexo I) y de preferencia en las 45 parroquias donde no existe establecimiento de salud fijo y cuenta con el dictamen de prioridad por parte de la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo.

En la guía para el funcionamiento de las unidades móviles de salud elaborada por el Ministerio de Salud y publicada en enero de 2000, se señala: "El Ministerio de Salud Pública conjuntamente con el Ministerio de Educación y Cultura y la Secretaría de Desarrollo Social -SEDES- en el año 2000 decidieron impulsar un Programa Móvil de Salud Escolar, dirigido a los/as escolares de las zonas rurales y urbano marginales más pobres del país. El objetivo de este programa es ampliar la cobertura del Programa de Salud Escolar vigente y fortalecerlo, dándole un enfoque de promoción de la salud, a través de estrategias de colaboración intersectorial con importante participación de padres, alumnos, maestros y de la comunidad.

1.2.3 Hospitales móviles

Mediante Decreto Ejecutivo Nro.618 de 10 de enero del 2011, publicado en Registro Oficial No. 386 del 16 de febrero de 2011, el Presidente de la República declaró el Estado de Excepción Sanitaria por sesenta días, en todos los establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública a nivel nacional para proceder a la implementación de las siguientes acciones emergentes:

Intervención en Infraestructura y equipamiento. Intervención administrativa y organizacional. Intervención en los aspectos técnicos sanitarios. Adquisición y dispensación de medicamentos e insumos médicos. - Procesos Transversales de respaldo.(12)

Con Acuerdo Ministerial No. 00018, expedido el 6 de enero de 2012, publicado en el Registro Oficial No. 625 de 24 de enero de 2012, el Ministro de Salud Pública acuerda: "(...) crear los dos hospitales móviles como dos nuevas unidades de salud estratégicas denominadas "Hospital Móvil No. 1" y "Hospital Móvil No. 2", para que se constituyan como entidades operativas desconcentradas y unidades ejecutoras..(13)

Con Acuerdo Ministerial No. 00001073 de 1 de junio de 2012, publicado en el Registro Oficial No.742 de 10 de julio de 2012, se reformó el artículo 2 del Acuerdo Ministerial No. 00018 de 6 de enero de 2012, publicado en el Registro Oficial No. 625 de 24 de enero de 2012, a través del cual se dispone que de la ejecución del mencionado Acuerdo Ministerial se encargue "(...) a la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud a través de la instancia administrativa competente, a la Dirección Nacional Financiera, a la Dirección Nacional de Talento Humano y a las Direcciones Provinciales de Salud, o quienes ejerzan las competencias de éstas. (...) (14)

Mediante Acuerdo Ministerial No. 1537, de 31 de julio de 2012, publicado en el Registro Oficial Suplemento No. 339 del 25 de septiembre de 2012, se emite el Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos de los Hospitales del Ministerio de Salud Pública.(15)

Según Acuerdo Ministerial No. 4520, emitido el 13 de noviembre de 2013, publicado en el Registro Oficial No. 118 del 31 de marzo de 2014, se expidió un nuevo Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública.(16)

Mediante Memorando Nro. SSS-10-0549 de 17 de marzo de 2011, el Director de Servicios de Salud, emite los sustentos técnicos para que el MSP determine la necesidad de incorporar establecimientos hospitales móviles en su red de servicios, y determinar los parámetros generales para la elaboración de las especificaciones técnicas que se

requiere para este tipo de contratación.

1.3 Homologación de términos

Accidente: suceso fortuito que puede producir perjuicios o daños personales, alterar el curso regular de los acontecimientos, o dañar los bienes o el entorno.(17)

Alertante: toda persona que realiza una llamada de carácter urgente al Servicio Integrado de Seguridad ECU 911, solicitando ayuda de los diferentes organismos de socorro.*

Ambulancia: unidad móvil aérea, marítima o terrestre, destinada al traslado de pacientes.(18)

Atención de emergencia: proceso de cuidados de salud indispensables e inmediatos a personas que presentan una emergencia que comprende la organización de recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad, previamente definido por el Ministerio de Salud Pública, para esa Unidad. Todas las entidades o establecimientos públicos o privados, que dispongan del servicio de emergencias, atenderán obligatoriamente estos casos, sin discriminación de raza, religión, condición social u otras causas ajenas a su razón de servicio.(18)

Atención pre-hospitalaria: servicio operacional y de coordinación para los problemas médicos urgentes y que comprende todos los servicios de salvamento, atención médica y transporte que se presta a enfermos o accidentados fuera del hospital. La atención pre-hospitalaria debe constituirse en un sistema integrado de servicios médicos de urgencias y no entenderse como un simple servicio de traslado de pacientes en ambulancias, atendidos con preparación mínima.¿4?

Base física: infraestructura que cuenta con todos los servicios básicos en el cual se concentra al personal pre-hospitalario, mobiliario, central de telecomunicaciones y vehículo de transporte sanitario que prestan los servicios de atención pre-hospitalaria.*

Centro clínico-quirúrgico ambulatorio (Hospital del Día): es un establecimiento de salud que cuenta con las especialidades reconocidas de conformidad con la ley y con servicios de consulta externa, farmacia institucional para el establecimiento público y farmacia interna para el establecimiento privado, con un stock de medicamentos autorizados por la Autoridad Sanitaria Nacional.

Brinda atención de salud clínica, quirúrgica o clínico-quirúrgica ambulatoria y programada, de forma continua, con cuidados de enfermería y un lapso de internación menor a veinte y cuatro (24) horas. Para llevar a cabo el tratamiento o los cuidados de pacientes que deben ser sometidos a los métodos de diagnóstico o tratamiento clínico y/o quirúrgico que requieran, debe contar obligatoriamente con la supervisión y/o indicación del especialista tratante.(10)

Centro regulador: instancia técnico - médico - administrativa, quien coordina el proceso de la atención pre-hospitalaria, en el sitio donde se realiza la evaluación del evento para realizar el traslado y la recepción del usuario/a hacia el establecimiento de salud, garantizando la asistencia permanente.*

Comité de Operaciones de Emergencia (COE): modalidad en que opera el Comité de Gestión de Riesgos cuando se ha declarado una Situación de Emergencia. Está formado por representantes institucionales que tienen la autoridad para coordinar las operaciones de emergencia en un territorio.¿17?

Contingencia: situación en la que se requiere tomar acciones planificadas para evitar el rebasamiento de la capacidad de un establecimiento de salud, ya sea por falta de capacidad resolutive o repotenciación del mismo. Además, se puede dar en situaciones de complementariedad en el servicio.*

Cuidados paliativos: enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicosociales y espirituales.09

Desastre: perturbación en el funcionamiento de un sistema, declarada como tal por la Secretaría de Gestión de Riesgos. Su manejo es, por mandato constitucional, de competencia exclusiva del Estado central con la acción concurrente de las demás entidades públicas y privadas. El desastre es una de las causales para la eventual declaración de un estado de excepción.(17)

Emergencia: tipo de perturbación cuya ocurrencia o inminencia tiene el potencial para alterar o perturbar el funcionamiento de un sistema, con daño grave para las personas, las colectividades, la naturaleza, los bienes o los servicios.(17)

Establecimientos de salud: son aquellos que están destinados a brindar prestaciones de salud de promoción, de prevención, de recuperación, rehabilitación y atención sanitaria en situaciones de emergencia/urgencia en forma ambulatoria, en el sitio de ocurrencia, domiciliaria o internamiento, son clasificados de acuerdo a la capacidad resolutive, niveles de atención y complejidad. Pudiendo ser fijos o móviles.(10)

Hospital Móvil: vehículo que presta servicios de salud específicos en atención quirúrgica, como apoyo al nivel hospitalario. Es una infraestructura de atención sanitaria móvil, autocontenida y autosuficiente que se puede desplegar, instalar y expandir, o en su defecto, dismantelar con rapidez para satisfacer las necesidades inmediatas de atención de salud durante un tiempo determinado. Está provisto de una sala de cirugía (quirófano), equipada con la tecnología acorde para realizar procedimientos o cirugías de mediana complejidad. Cuenta con un área de recuperación, servicios de apoyo y enfermería. Su misión es extender la cobertura a comunidades distantes y lugares donde no existan servicios de salud especializados. Además es un servicio de apoyo en aquellos establecimientos de salud en los cuales existen cirugías represadas. Estos servicios serán programados e itinerantes. Brinda atención de especialidad como apoyo al tratamiento quirúrgico.

Este Hospital presta su contingente en situaciones de emergencia y desastres, movilizándose a cualquier lugar del territorio nacional que se requiera. (10)

Incidente: tipo de perturbación puntual y de impacto limitado, que no altera gravemente el funcionamiento de un sistema o comunidad. Los incidentes son atendidos por entidades y servicios especializados de respuesta y socorro.(17)

Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS): es el conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que al complementarse, organiza el Sistema Nacional para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad - el entorno, permitiendo la integralidad en los niveles de atención en la red de servicios de salud.

Por tanto, el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) define como van a interactuar los actores de los sectores público y privado, los miembros de la red de servicios de salud y la comunidad para llevar a cabo acciones conjuntas que permitan dar soluciones integrales a las necesidades o problemas de salud de la comunidad contribuyendo de esta manera a mejorar su calidad de vida.(4)

Nivel de atención: corresponde a las modalidades de atención cuya oferta de servicios está en directa relación con las necesidades de salud de la población y sus

diferentes grados de complejidad(10)

Nivel de complejidad: grado de diferenciación y desarrollo de los servicios de salud, en relación al nivel de atención al que corresponde, alcanzado mediante la especialización y tecnificación de sus recursos. Guarda relación directa con la categorización de establecimientos de salud.(10)

Primer nivel de atención: son los más cercanos a la población, facilita y coordina el flujo del paciente dentro del Sistema, prestan servicios de promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación de la salud, rehabilitación y cuidados paliativos. Además, brindan atención de urgencia y emergencia de acuerdo a su capacidad resolutoria, garantizan una referencia, derivación, contrarreferencia y referencia inversa adecuada, aseguran la continuidad y longitudinalidad de la atención. Promueven acciones de salud pública de acuerdo a normas emitidas por la Autoridad Sanitaria Nacional. Son ambulatorios y resuelven problemas de salud de corta estancia. El Primer Nivel de Atención es la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud.(10)

Segundo nivel de atención: corresponde a los establecimientos que prestan servicios de atención ambulatoria especializada y aquellas que requieran hospitalización. Constituye el escalón de referencia inmediata del Primer Nivel de Atención. En este Nivel se brindan otras modalidades de atención, no basadas exclusivamente en la cama hospitalaria, tales como la cirugía ambulatoria y el centro clínico quirúrgico ambulatorio (Hospital del Día).(10)

Servicio Integrado de Seguridad ECU 911: conjunto de actividades que, a través de una plataforma tecnológica y, en base a políticas, normativas y procesos, articula el servicio de recepción de llamadas y despacho de emergencias, con el servicio de emergencias que proveen las instituciones de carácter público, a través de sus dependencias o antes a su cargo, para dar respuesta a las peticiones de la ciudadanía de forma eficaz y eficiente.(11)

Situación de emergencias: toda contingencia de gravedad que afecte a la salud del ser humano con inminente peligro para la conservación de la vida o de la integridad física de la persona, como consecuencia de circunstancias imprevistas e inevitables, tales como: choque o colisión, volcamiento u otra forma de accidente de tránsito terrestre, aéreo o acuático, accidentes o infortunios en general, como los ocurridos en el medio de trabajo, centros educativos, casa, habitación, escenarios deportivos, o que sean el efecto de delitos contra las personas como lo que produce heridas causadas con armas corto punzantes, de fuego, contundentes, o de otra forma de agresión material. Todo paciente en estado de emergencia debe ser recibido inmediatamente en cualquier centro de salud, público o privado, son necesidad de pago previo.(11)

Soporte vital avanzado: atención invasiva que se hace a un paciente y que debe incluir tanto la valoración primaria como secundaria, manejo ventilatorio básico y avanzado de la vía aérea, oxígeno terapia, la desfibrilación automatizada externa, reconocimiento electrocardiografía), la contención de hemorragias, la inmovilización el traslado de pacientes la reposición de volumen y administración de medicamentos.*

Soporte vital básico.: atención no invasiva que se hace a un paciente que debe incluir la valoración primaria, manejo ventilatorio básico de la vía aérea, oxigenoterapia, la desfibrilación automatizada externa, la contención de la hemorragia, la inmovilización y el traslado de pacientes.*

Tipología: clasificación de los establecimientos de salud de acuerdo a su nivel de atención y a su capacidad resolutoria.(10)

Transporte sanitario: medio por el cual se desplaza a usuarios/pacientes que sufren un trastorno de salud, en un vehículo especialmente acondicionado para este fin.(10)

Triage: clasificación de los heridos y su ubicación en situaciones militares, desastres o catástrofes civiles. Proceso de evaluación donde se prioriza el daño y se orienta acertadamente para su atención. Es la primera actividad que debe realizar el personal asistencial. Estará a cargo de un profesional de salud capacitado y acreditado.(20)

Unidad móvil: unidad prestadora de servicios de salud mediante vehículos sanitarios con equipamiento y talento humano acorde a la prestación que brinde.(10)

?Definiciones desarrolladas por la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles.

1.4 Descripción de la problemática y soluciones

1.4.1 Problemática

Entre los nudos críticos para el funcionamiento del servicio se encuentran:

No existen lineamientos, directrices y normativa específica para organizar, regular y normar el funcionamiento de este tipo de establecimientos sanitarios, que respondan a las características propias de itinerancia y movilidad; como son las ambulancias, las unidades móviles y los hospitales móviles.

- En el Acuerdo Ministerial No. 1203, expedido el 14 de junio 2012, publicado en Registro Oficial No. 750 del 20 de julio de 2012, sobre la tipología para homologar los establecimientos de salud por niveles de atención del sistema nacional de salud, no se consideraban las unidades móviles ni los hospitales móviles(21). El 24 de diciembre de 2014, con Acuerdo Ministerial No. 5212, publicado en el Registro Oficial No. 428 de 30 de enero de 2015, se emitió la Tipología sustitutiva para homologar los establecimientos de salud por niveles de atención y servicios de apoyo al Sistema Nacional de Salud(20), dentro de la cual se incluyen a los hospitales móviles, por lo que se cuenta con el marco normativo de referencia; no obstante, aún no se han efectuado las reformas pertinentes a los documentos normativos que toman como base al Acuerdo Ministerial No. 1203.

Mediante Acuerdo Ministerial 4712, expedido el 11 de febrero de 2014, publicado en el Registro Oficial No. 202 del 13 de marzo de 2014, se emitió el Reglamento Sustitutivo para Otorgar Permisos de Funcionamiento a los Establecimientos Sujetos a Vigilancia y Control Sanitario, dentro del cual no se encuentran incluidos los hospitales móviles; por lo tanto, este tipo de establecimientos no puede acceder al mismo con los correspondientes inconvenientes como en el caso de compra de medicamentos (psicotrónicos), recuperación de cartera, etc.(22)

Mediante Acuerdo Ministerial 4431, expedido el 21 de octubre de 2013, publicado en el Suplemento del Registro Oficial No. 151 de 26 de diciembre de 2013, se emitió la norma del subsistema de referencia, derivación, contrarreferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud, en cuyo glosario de términos se enmarca a los hospitales móviles como establecimientos correspondientes al tercer nivel de atención; situación que ha generado una serie de confusiones en el manejo operativo.(23)

Se presenta un difícil reclutamiento de personal médico especialista (anestesiólogos, imagenólogos, cirujanos, etc.); problemática que se demuestra a nivel nacional y a las características específicas de este tipo de unidades.

Se evidencia la falta de empoderamiento desde los Distritos de Salud y las Coordinaciones Zonales hacia la gestión de las unidades móviles de salud y en general el servicio de atención de salud móvil. Lo que genera problemas en la operativización de las unidades como la asignación del personal del servicio para actividades ajenas al mismo; así como, la falta de cobertura en los distritos ajenos al distrito de anclaje, la descoordinación del trabajo con los establecimientos fijos de salud y la falta de planificación presupuestaria en la partida de gasto corriente; especialmente, en lo referente a matriculación, seguros, mantenimientos, medicamentos e insumos y pagos de

movilización.

En cuanto a la gestión de la atención pre-hospitalaria, se evidencia un uso inadecuado de los recursos asignados desde los establecimientos de salud, en donde se utilizan ambulancias de transporte primario para efectuar transporte secundario y se asigna al personal atención pre-hospitalaria, actividades propias del establecimiento distintas a las establecidas para la atención de emergencias.

No se cuenta con la asignación de un responsable específico para la gestión del servicio de atención de salud móvil.

Las ambulancias de atención pre-hospitalaria ancladas a los distritos de salud con primer nivel de atención presentan inconvenientes para la adquisición de los medicamentos para emergencias; medicamentos de uso en el segundo y tercer nivel de atención.

Se evidencia la falta de empoderamiento desde los Distritos y las Coordinaciones Zonales hacia la gestión de las ambulancias al momento de coordinar los traslados de los pacientes que son contrarreferidos al primer nivel de atención para la asistencia sanitaria en domicilio y que son requirentes de cuidados a largo plazo y cuidados paliativos independientemente del nivel funcional que presente el paciente. Además, se presenta una difícil articulación desde los establecimientos de salud de primer nivel para el traslado de los pacientes cuando estos requieren acudir a establecimientos de salud de segundo y tercer nivel para seguimiento y control de sus enfermedades de base.

1.4.2 Propuestas de mejora

Mediante el presente documento se pretende emitir los lineamientos y directrices a partir de las cuales se regulará y fortalecerá el funcionamiento de los hospitales móviles a nivel nacional.

- Solicitar la inclusión de los hospitales móviles en todos los documentos normativos emitidos con base en el Acuerdo Ministerial 1203, expedido el 14 de junio 2012, publicado en Registro Oficial No. 750 del 20 de julio de 2012, conforme a lo estipulado en el Acuerdo Ministerial No. 5212, expedido el 24 de diciembre de 2014, publicado en el Registro Oficial No. 428 de 30 de enero de 2015, como es el caso de permisos de funcionamiento.

Solicitar la reforma del Acuerdo Ministerial No. 4431, expedido el 21 de octubre de 2013, publicado en Registro Oficial No. 151, de 26 de diciembre de 2013, en donde se reoriente la definición de hospitales móviles y se detalle que los mismos no se anclan a un nivel específico de atención, sino que funcionan como un servicio transversal a éstos y se adaptan a las características de la contingencia o emergencia en la que se encuentran apoyando.

Generar incentivos para el reclutamiento de personal; entre los cuales se incluyan los reconocimientos económicos necesarios en los casos de movilización y acceso prioritario a becas, cursos de especialización, entre otros. Estos mecanismos deberán ser generados a través de la Dirección Nacional de Talento Humano.

Generar el instrumento normativo necesario para la adquisición y dotación de medicamentos y dispositivos médicos desde los niveles desconcentrados definidos para el anclaje de cada uno de los componentes del servicio de atención de salud móvil.

Mejorar la articulación desde los establecimientos de salud de primer nivel para gestión y coordinación óptima de las ambulancias con las dependencias responsables establecidas, garantizando el traslado de los pacientes que se encuentran en el Programa de Atención Domiciliaria que requieren seguimiento y controles en los establecimientos de salud de segundo y tercer nivel o en casos de urgencias y emergencias.

1.5 Objetivo general

Establecer los lineamientos generales para el óptimo funcionamiento y operativización del Servicio de Atención de Salud Móvil a nivel nacional; así como, los aspectos relacionados con las condiciones y requisitos que deben cumplir para garantizar un servicio que cumpla con los principios de calidad, seguridad, equidad, igualdad y accesibilidad.

Objetivos específicos

Establecer el diagnóstico situacional de cada uno de los componentes del Servicio de Atención de Salud Móvil a nivel nacional (ambulancias, unidades móviles y hospitales móviles), con base en la descripción de la capacidad de atención actual, datos estadísticos y un análisis de las variables del sistema, como son infraestructura, equipamiento, talento humano, y normativa específica existente.

Desarrollar un modelo de gestión, organización y funcionamiento que se adapte a las necesidades y objetivos del Servicio de Atención de Salud Móvil; en el cual se definan los flujos de atención y administrativos.

Definir un plan de implementación del modelo planteado, considerando el análisis de gestión de recursos administrativos, financieros, talento humano, infraestructura y equipamiento.

2. Conceptualización

2.1 Direccionamiento estratégico

El Servicio de Atención de Salud Móvil es el servicio integrado de salud transversal a todos los niveles de atención, que tiene como principio la movilidad e itinerancia, a través del cual se provee prestaciones de salud móvil en situaciones de urgencias/emergencias, transporte y atención directa a usuarios/pacientes. Este servicio tiene dos modalidades:⁽¹⁰⁾

- Servicio de ambulancias.

Servicio ambulatorio móvil de atención y apoyo.

En la Tabla 1a continuación, se detalla la integración del Servicio de Atención de Salud Móvil y los establecimientos de salud que forman parte del mismo.

Tabla 1. Integración del Servicio de Atención de Salud Móvil.

Servicio de ambulancias		
Establecimiento	Característica	Categoría
	Vehículo de asistencia y evaluación rápida	VAER

Vehículos de transporte y asistencia sanitaria/ambulancias	Transporte Primario o de Atención Pre-hospitalaria	Ambulancia de soporte vital básico	ASVB
		Ambulancia de soporte vital avanzado	ASVA
	Transporte Secundario	Ambulancia de transporte simple	ATS
		Ambulancia de especialidad: cuidados intensivos	AE-CI
		Ambulancia de especialidad: neonatología	AE-N
	Transporte Primario y Secundario	Transporte Sanitario Aéreo/Ambulancia Aérea	AaA
		Transporte Sanitario Acuático/Ambulancia Acuática	AcA
Servicio ambulatorio móvil de atención y apoyo			
Establecimiento	Característica		Categoría
Unidades móviles de atención	Unidad móvil general		UM-G
	Unidad móvil quirúrgica		UM-Q
	Hospital móvil		HM
Unidades móviles de apoyo	Unidad móvil de diagnóstico oncológico		UM-DO
	Unidad móvil de radiología e imagen		UM-RI
	Unidad móvil de colecta de sangre		UM-CS

Fuente: Acuerdo Ministerial No. 5212. Tipología sustitutiva para homologar los establecimientos de salud por niveles de atención y servicios de apoyo del Sistema Nacional de Salud, expedido el 24 de diciembre de 2014, publicado en el Registro Oficial No. 428 de 30 de enero de 2015.

El presente Modelo de Gestión, Organización y Funcionamiento del Servicio de Atención de Salud Móvil, tiene como alcance las atribuciones y responsabilidades de la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles del Ministerio de Salud Pública; lo que sumado a las características específicas y al ordenamiento interno del Servicio de Atención de Salud Móvil ha generado que se encuentre enfocado en tres ejes:

i. Servicio de ambulancias

- Atención pre-hospitalaria
- Transporte secundario

ii. Unidades móviles de salud

iii. Hospitales móviles

2.1.1 Misión

Garantizar la atención urgente y emergente fuera de un establecimiento de salud a personas víctimas de lesiones o enfermedad súbita, así como la atención en áreas cuyo acceso a los servicios de salud es limitado; conforme a las políticas sectoriales, en el marco del derecho y equidad.

2.1.2 Objetivo general

Incrementar la eficiencia y eficacia de la atención del Servicio de Atención de Salud Móvil a nivel nacional mediante la operativización, articulación, monitoreo y control de ambulancias, unidades móviles y hospitales móviles; incluyendo el desarrollo de actividades para la promoción y prevención de la salud.

2.1.3 Objetivos específicos y estrategias de funcionamiento

En la Tabla 2 a continuación se muestran los objetivos y estrategias de funcionamiento del Servicio de Atención de Salud Móvil.

Tabla 2. Objetivos y estrategias de funcionamiento del Servicio de Atención de Salud Móvil.

Objetivos específicos	Estrategias
Brindar servicios sanitarios adaptables al territorio donde se encuentren ubicados, garantizando el derecho a la salud de los habitantes del país, como lo declara la Constitución de la República.	Diseñar características de operación del Servicio de Atención de Salud Móvil, de acuerdo a las necesidades específicas de cada uno de sus componentes.
Organizar y operar servicios de atención sanitaria, fundamentalmente en situaciones de desastre o emergencia sanitaria.	Establecer procesos de respuesta oportuna a planes operativos y estratégicos en situaciones de desastres y emergencia sanitaria que permitan una reacción eficiente y eficaz.
Administrar el talento humano, recursos materiales y financieros del servicio de atención de salud móvil provenientes del sector público en concordancia al régimen legal vigente.	Emitir lineamientos específicos de operación, en donde se incluyan sistemas de control, supervisión y mejora continua; y, las responsabilidades y atribuciones del nivel nacional y zonal.

Fuente: Elaborado por la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles.

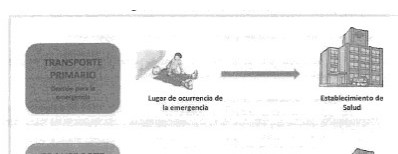
2.2 Servicios

2.2.1 Servicio de ambulancias

Es el servicio integrado transversal a todos los niveles de atención, brindado mediante vehículos sanitarios especiales con el componente de talento humano específico y equipamiento correspondiente; se divide en dos tipos de servicios:

- Transporte primario o atención pre-hospitalaria - Gestión para la emergencia.
- Transporte secundario - Gestión para transporte entre establecimientos.

Figura 1. Servicio de Ambulancias





Fuente: Elaborado por la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles.

Cabe destacar, que independiente del tipo de transporte a ser utilizado, el objetivo fundamental del servicio de ambulancias es la preservación de la vida humana; por lo cual, en los casos de transporte de usuarios/pacientes, en los que **corre riesgo su vida** (pacientes críticos), se emplearán los recursos necesarios, sin tomar en cuenta si por definición corresponde a transporte primario o secundario.

Además, es necesario puntualizar que las ambulancias, ya sean de transporte primario o secundario, no efectuarán traslado de cadáveres; a excepción de que el paciente transportado fallezca durante el viaje o de una disposición de la Autoridad Sanitaria en función de precautelar la salud pública.

2.2.1.1 Servicio de transporte primario o atención pre-hospitalaria

Es el servicio operacional y de coordinación para los problemas médicos emergentes y urgentes. Es transversal a todos los niveles de atención; y, está destinado a lograr el acceso, la liberación, el triage, la atención primaria, la estabilización y el traslado del paciente en condición de emergencia/urgencia, desde el lugar mismo de los acontecimientos hasta su disposición en un establecimiento de salud.

Se activa desde la alerta, notificación o solicitud de ayuda que realiza la comunidad a la central de emergencia o centro regulador, donde se evalúa la veracidad y complejidad del requerimiento y consecuentemente se da el despacho del vehículo de transporte sanitario hacia la escena de emergencia.(10) Actualmente, el servicio de atención pre-hospitalaria se encuentra articulado con el Servicio Integrado de Seguridad SIS ECU 911 y actúa como centro regulador a través de una **consola de salud** a cargo de médico de consola y que cuenta con evaluadores pre-hospitalarios y radio operadores.

El servicio de transporte primario o atención pre-hospitalaria se desarrolla a través de vehículos sanitarios que se clasifican de la siguiente manera:

Tabla 3. Tipo de vehículos sanitarios para transporte primario.

VEHÍCULOS SANITARIOS	DEFINICIÓN
Vehículo de asistencia y evaluación rápida	Son vehículos rápidos y pequeños de gran maniobrabilidad. Cuentan mínimo con un operador del vehículo sanitario y un profesional en atención pre-hospitalaria, quien es el encargado de iniciar la asistencia de salud y evaluación de la escena de emergencia "in situ", brinda información al centro regulador sobre tipo de evento, número de víctimas, riesgos específicos asociados a la escena y requerimientos especiales según la complejidad del evento adverso.
Ambulancia de soporte vital básico	Son vehículos de transporte sanitario con el equipamiento, medicamentos, dispositivos médicos y talento humano necesario para la atención a pacientes cuya condición clínica suponga un riesgo vital bajo si se toman las medidas oportunas y no requiere cuidados especiales. Cuenta mínimo con un operador del vehículo sanitario y un profesional en atención pre-hospitalaria.
Ambulancia de soporte vital avanzado	Son vehículos de transporte sanitario con el equipamiento, medicamentos, dispositivos médicos y talento humano necesario para la atención a pacientes cuya condición clínica suponga un riesgo potencial o inminente para la vida y requiere cuidados especiales. Cuenta mínimo con un operador del vehículo sanitario, un profesional en atención pre-hospitalaria.

Fuente: Elaborado por la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles; en base al Acuerdo Ministerial No. 5212. Tipología sustitutiva para homologarlos establecimientos de salud por niveles de atención y servicios de apoyo del Sistema Nacional de Salud, expedido el 24 de diciembre de 2014, publicado en el Registro Oficial No. 428 de 30 de enero de 2015.

La cartera de servicios de atención pre-hospitalaria según el vehículo sanitario, se describe en la Tabla 4.

Tabla 4. Cartera de servicios de atención pre-hospitalaria (transporte primario).

VEHÍCULO DE ASISTENCIA Y EVALUACIÓN RÁPIDA			
TIPO	SERVICIO	PRESTACIONES	
Asistencial	Clasificación de la emergencia (triage)-		
	Estabilización del paciente	Estabilización del paciente con trauma leve	
		Estabilización del paciente clínico leve	
		Estabilización del paciente con intoxicación leve	
		Estabilización del paciente con trauma moderado	
		Estabilización del paciente clínico moderado	
		Estabilización del paciente con intoxicación moderada	
AMBULANCIA DE SOPORTE VITAL BÁSICO			
TIPO	SERVICIO	PRESTACIONES	
Asistencial	Clasificación de la emergencia (triage)-		
	Estabilización del paciente	Estabilización del paciente con trauma leve	
		Estabilización del paciente clínico leve	
		Estabilización del paciente con intoxicación leve	
		Estabilización del paciente con trauma moderado	
		Estabilización del paciente clínico moderado	
			Estabilización del paciente con intoxicación moderada
	Transporte del paciente	Transporte del paciente con trauma leve	
		Transporte del paciente clínico leve	
		Transporte del paciente con intoxicación leve	
		Transporte del paciente con trauma moderado	
Transporte del paciente clínico moderado			
		Transporte del paciente con intoxicación moderada	
AMBULANCIA DE SOPORTE VITAL AVANZADO			
TIPO	SERVICIO	PRESTACIONES	
	Clasificación de la emergencia (triage)	-	
		Estabilización del paciente con trauma moderado	
		Estabilización del paciente clínico moderado	

Asistencial	Estabilización del paciente	Estabilización del paciente con intoxicación moderada
		Estabilización del paciente con trauma grave
		Estabilización del paciente clínico grave
		Estabilización del paciente con intoxicación grave
	Transporte del paciente	Transporte del paciente con trauma moderado
		Transporte del paciente clínico moderado
		Transporte del paciente con intoxicación moderada
		Transporte del paciente con trauma grave
		Transporte del paciente clínico grave
		Transporte del paciente con intoxicación grave

Fuente: Elaborado por la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles.

2.2.1.2 Servicio de transporte secundario

Es el servicio operacional y de coordinación de transporte de paciente entre establecimientos de salud, cumpliendo con los criterios de referencia, derivación, contrarreferencia y transferencia, incluido el transporte desde una unidad operativa al domicilio. Este servicio es transversal a todos los niveles de atención.

El servicio de transporte secundario se desarrolla a través de los vehículos sanitarios que se describen en la Tabla 4.

Tabla 4. Tipo de vehículos sanitarios para transporte secundario.

VEHÍCULOS SANITARIOS	DEFINICIÓN
Ambulancia de traslado simple	Son vehículos de transporte sanitario con equipamiento, medicamentos, dispositivos médicos y talento humano necesario para la atención a pacientes cuya condición clínica no suponga riesgo vital y no amerite cuidados especiales. Cuenta con un operador de vehículo sanitario y un paramédico.
Ambulancia de especialidad	Son ambulancias con equipamiento, medicamentos, dispositivos médicos y talento humano especializado para la atención a pacientes en condición crítica que requiera cuidados especiales, e incluyen los siguientes tipos de ambulancias: Ambulancia de cuidados intensivos.- brinda soporte vital avanzado de especialidad en cuidados intensivos para pacientes adultos y pediátricos. Cuenta como mínimo con un operador de vehículo sanitario, un médico especialista y un paramédico/profesional de la salud. Ambulancia de neonatología.- brinda soporte vital avanzado de especialidad en cuidados intermedios e intensivos para neonatos. Cuenta como mínimo con un operador de vehículo sanitario, un médico especialista y un paramédico/profesional de la salud.

Fuente: Elaborado por la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles; en base al Acuerdo Ministerial No. 5212. Tipología sustitutiva para homologarlos establecimientos de salud por niveles de atención y servicios de apoyo del Sistema Nacional de Salud, expedido el 24 de diciembre de 2014, publicado en el Registro Oficial No. 428 de 30 de enero de 2015.

En el caso del servicio de transporte secundario se puede incluir ambulancias de soporte vital básico y avanzado dependiendo de la necesidad.

La cartera de servicios del transporte secundario, se describe en la Tabla 5.

Tabla 5. Cartera de servicios de transporte secundario.

AMBULANCIA DE TRANSPORTE SIMPLE		
TIPO	SERVICIO	PRESTACION
Asistencial	Transporte del paciente	Transporte de paciente con trauma leve (estable)
		Transporte de paciente clinico leve (estable)
		Transporte de paciente crónico (estable)
AMBULANCIA DE ESPECIALIDAD - CUIDADOS INTENSIVOS		
TIPO	SERVICIO	PRESTACIÓN
Asistencial	Transporte del paciente	Transporte del paciente con trauma en estado crítico
		Transporte del paciente clinico en estado critico
		Transporte del paciente intoxicado en estado critico
AMBULANCIA DE ESPECIALIDAD - NEONATOLOGÍA		
TIPO	SERVICIO	PRESTACIÓN
Asistencial	Transporte del paciente	Transporte del paciente neonatal con trauma
		Transporte del paciente neonatal/clínico
		Transporte de paciente neonatal con intoxicación

Fuente: Elaborado por la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles.

2.2.1.3 Transporte primario y secundario

Los medios para realizar el transporte sanitario pueden ser terrestres, aéreos y acuáticos. Actualmente se cuentan con medios terrestres y aéreos como se indica en la Tabla 5.

Tabla 5. Servicio de Ambulancias según categoría de vehículo y medio.

TIPO DE SERVICIO	Categoría del vehículo de transporte sanitario	Subcategoría del vehículo de transporte sanitario	Medio
Transporte primario	Vehículo de asistencia y evaluación rápida	-	Terrestre Acuático
	Ambulancia de soporte vital básico	-	Terrestre Aéreo Acuático
	Ambulancia de soporte vital avanzado	-	
Transporte secundario	Ambulancia de soporte vital básico		Terrestre Aéreo Acuático
	Ambulancia de soporte vital avanzado		
	Ambulancia de transporte simple	-	
	Ambulancia de especialidad	Cuidados intensivos	
		Neonatología	

Fuente: Elaborado por la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles; en base al Acuerdo Ministerial No. 5212. Tipología sustitutiva para homologar los establecimientos de salud por niveles de atención y servicios de apoyo del Sistema Nacional de Salud, expedido el 24 de diciembre de 2014, publicado en el Registro Oficial No. 428 de 30 de enero de 2015.

• Transporte sanitario aéreo/ambulancia aérea

Es el transporte para el traslado urgente por vía aérea de un usuario/paciente en condición de alta dificultad en la movilidad, condición crítica y/o accesibilidad y/u oportunidad de la atención, cuando no exista transporte alternativo para transportar al paciente a un establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive y más accesible. Cuenta con equipamiento y talento humano, según el caso requerido, con el fin de preservar la vida del usuario/paciente.

Este transporte deberá cumplir la normativa respectiva en cuanto a equipamiento, talento humano, soporte técnico aéreo y validación de la institución reguladora de aviación civil.(10)

• Transporte sanitario acuático/ambulancia acuática

Es el transporte para el traslado urgente por vía acuática de un usuario/paciente en condición de alta dificultad en la movilidad, condición crítica y/o accesibilidad y/u oportunidad de la atención. Se utiliza siempre y cuando no exista un medio de transporte alternativo y su empleo sea debidamente justificado por la condición clínica del paciente para que sea transportado a un establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive y más accesible.

Deberá cumplir la normativa respectiva en cuanto a equipamiento, talento humano y soporte técnico acuático.(10)En el Anexo II se detalla la clasificación de transporte sanitario.

2.2.2 Unidades móviles de salud

Las unidades móviles constituyen el servicio ambulatorio móvil de atención y apoyo, mediante el cual se presta atención sanitaria puntual y ambulatoria en vehículos sanitarios con equipamiento y talento humano acorde a la prestación que brinda. El servicio ambulatorio móvil de atención y apoyo se clasifica de acuerdo a la Tabla 6.

Tabla 6. Clasificación del servicio ambulatorio móvil de atención y apoyo.

Establecimiento	Característica	Categoría
Unidades móviles de atención	Unidad móvil general	UM-G
	Unidad móvil quirúrgica	UM-Q
	Hospital móvil*	HM
Unidades móviles de apoyo	Unidad móvil de diagnóstico oncológico	UM-DO
	Unidad móvil de radiología e imagen	UM-RI
	Unidad móvil de colecta de sangre	UM-CS

Fuente: Elaborado por la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles; en base al Acuerdo Ministerial No. 5212. Tipología sustitutiva para homologar los establecimientos de salud por niveles de atención y servicios de apoyo del Sistema Nacional de Salud, expedido el 24 de diciembre de 2014, publicado en el Registro Oficial No. 428 de 30 de enero de 2015.

Dadas las características específicas y consideraciones especiales para el funcionamiento de los hospitales móviles, se incluyen en el presente documento como un establecimiento de salud independiente de las unidades móviles.

2.2.2.1 Unidades móviles de atención

Se define como el servicio de salud móvil brindado mediante vehículos sanitarios especiales con el componente de talento humano específico y equipamiento correspondiente, de acuerdo a las prestaciones que ofrezca. Se divide en tres tipos de servicios: unidades móviles generales, unidades móviles quirúrgicas y hospital móvil.

• Unidades móviles generales (UM-G)

Estas unidades brindan prestaciones ambulatorias de baja complejidad. Realizan acciones de promoción, prevención de la salud y apoyan transversalmente a todos los niveles de atención con servicios programados e itinerantes. Su misión es extender la cobertura a comunidades distantes y lugares donde no existan servicios de salud. Dentro de sus prestaciones están: odontología, psicología, medicina familiar o general.

La unidad móvil es un vehículo capaz de llegar a zonas de difícil acceso. Presta su contingente en situaciones de emergencia y desastres, movilizándose a cualquier lugar del territorio nacional que se requiera.

La cartera de servicios de las unidades móviles generales se describe en la Tabla 7:

Tabla 7. Cartera de servicios de las unidades móviles generales.

Tipos	Servicios	Prestaciones	Subprestaciones
Asistenciales	Consulta externa	Consulta externa en medicina general	-
		Consulta externa en medicina familiar y comunitaria	-
		Cuidados en enfermería	-
		Consulta externa en odontología	Consulta externa en odontología general
		Consulta externa en salud mental	Consulta externa en psicología clínica
		Consulta externa en obstetricia - condición para el caso de unidades que tienen el profesional de obstetricia	-
	Procedimientos	Procedimientos menores	Terapia respiratoria Curaciones Suturas Colocación/cambios de sondas Retiros de puntos

Apoyo Diagnóstico y Terapéutico	Toma de muestras - condición solo para ofertar los prestadores públicos		Inyecciones	
			Inmovilización	
		Atención del parto vaginal/normal en expulsivo-condición	-	
	Inmunizaciones -condición	Inmunización:	Extracción de muestras -condición cuando solicita el distrito de salud	-
				Inmunización anti BCG,
				Inmunización anti hepatitis
				Inmunización anti DTT
			Inmunización anti varicela	
Dotación de medicamentos y dispositivos médicos - condición	Entrega de medicamentos		Inmunización anti SRP	
			otros (los tipos de inmunizaciones dependerá de la oferta)	
Administrativos	Admisión y estadística	Proveer servicios de atención al usuario para facilitar la accesibilidad a la unidad móvil de salud	-	
	Administración técnica	Coordinar, supervisar y gestionar los procesos definidos para la unidad móvil		

Fuente: Elaborado por la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles.

El personal de salud de la unidad móvil general debe estar acorde al tipo de atención y deberá contar con el título registrado en la Secretaría de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación (SENESCYT) y en el Ministerio de Salud Pública.

• Unidad móvil quirúrgica (UM-Q)

Es un vehículo que presta servicios de salud específicos en atención quirúrgica, como apoyo al nivel hospitalario. Está provisto de una sala de cirugía (quirófano), equipada con la tecnología acorde para realizar procedimientos o cirugías menores y especializadas ambulatorias. Cuenta con un área de recuperación, servicios de apoyo y enfermería. Su misión es extender la cobertura a comunidades distantes y lugares donde no existan servicios de salud especializados. Además es un servicio de apoyo en aquellos establecimientos de salud en los cuales existen cirugías represas. Estos servicios serán programados e itinerantes. En casos específicos podrán brindar atención de especialidad como apoyo al tratamiento quirúrgico.

Además, prestan su contingente en situaciones de emergencia y desastres, movilizándose a cualquier lugar del territorio nacional que se requiera.

La cartera de servicios de las unidades móviles quirúrgicas (UM-Q) se describe en la Tabla 8 a continuación.

Tabla 8. Cartera de servicios de unidades móviles quirúrgicas

Típos	Servicios	Prestaciones	Subprestaciones
Asistenciales	Consulta externa	Consulta externa en cirugía general	
		Cuidados en enfermería	
Apoyo Diagnóstico y Terapéutico	Atención en centro quirúrgico	Cirugía general	Cirugía laparoscópica
		Atención de cirugías obstétricas - condición cuando apoya a unidades hospitalarias	Atención de cesáreas
			Atención de embarazos ectópicos
		Atención de Legrados condición cuando apoya a unidades hospitalarias	-
		Atención de parto vaginal -condición cuando apoya a unidades hospitalarias	-
		Atención del parto vaginal/normal en expulsivo- condición	-
	Procedimientos	Procedimientos menores	Curaciones
			Suturas
			Colocación/cambios de sondas
			Retiro de puntos
	Diagnóstico en laboratorio	Apoyo diagnóstico en laboratorio de análisis clínico: pruebas básicas	Aplicación de inyecciones
			Otros
Administrativos	Toma de muestras -condición	Toma de muestra para biopsia	Pruebas de hematología y hemostasia
			Pruebas de química clínica
			Pruebas de uroanálisis
			Pruebas de coproanálisis
Administrativos	Dotación de medicamentos y dispositivos médicos - condición	Entrega de medicamentos	-
			-
Administrativos	Admisión y estadística	Proveer servicios de atención al usuario para facilitar la accesibilidad a la unidad móvil de salud	-
			-
Administrativos	Administración técnica	Coordinar, supervisar y gestionar los procesos definidos para la unidad móvil	-
			-

Fuente: Elaborado por la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles.

Además, se deberán incluir las siguientes actividades:

Referencia de pacientes a centros de salud u hospitales.
Apoyo en unidades hospitalarias fijas y en situaciones de emergencia o desastres.
Preparar planes de contingencia y evacuación ante desastres.

El personal de salud deberá ser acorde al tipo de atención y contará con el título registrado en la Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación (SENESCYT) y en el Ministerio de Salud Pública.

2.2.2.2 Unidades móviles de apoyo

Estas Unidades se dividen en:

Unidad móvil de diagnóstico oncológico (UM-DO)
Unidad móvil de radiología e imagen (UM-RI)
Unidad móvil de colecta de sangre (UM-CS)

• Unidad móvil de diagnóstico oncológico (UM-DO)

Es un vehículo sanitario que presta servicios de diagnóstico oncológico. Cuenta con equipos acordes al tipo de servicio que brinde. Debe cumplir con el sistema de referencia y contrarreferencia del Sistema Nacional de Salud. Su misión es extender la cobertura a comunidades distantes y lugares donde no existan servicios de salud especializados. Además es un servicio de apoyo en aquellos establecimientos de salud en los cuales existen exámenes represados. Estos servicios serán programados e itinerantes.

La cartera de servicios de las unidades móviles de diagnóstico oncológico (UM-DO) se describe en la Tabla 9 a continuación. De acuerdo a su capacidad resolutive, la unidad móvil de diagnóstico oncológico oferta prestaciones de promoción y prevención, realiza estudios de apoyo al diagnóstico clínico y quirúrgico de mediana y baja complejidad; así como actividades de promoción.

Tabla 9. Cartera de servicios de unidades móviles de diagnóstico oncológico

Típos	Servicios	Prestaciones	Subprestaciones
Asistenciales	Consulta externa	Consulta externa en ginecología	Consulta externa en mastología
		Cuidados en enfermería	Consulta externa en oncología ginecológica
			-
Apoyo Diagnóstico y Terapéutico	Diagnóstico por radiología e imagen	Mamografía	-
		Radiografía	Radiografía convencional
		Ecografía	-
	Procedimientos diagnósticos invasivos	Colposcopia	-
			Curaciones
			Suturas
	Procedimientos	Procedimientos menores	Colocación/cambios de sondas
			Retiro de puntos
			Aplicación de inyecciones
	Diagnóstico en laboratorio	Atención del parto vaginal/normal en expulsivo - condición	-
		Apoyo diagnóstico en laboratorio de análisis clínico: pruebas básicas	Pruebas de hematología y hemostasia
			Pruebas de química clínica
			Pruebas de uroanálisis
			Pruebas de coproanálisis
			Pruebas de microbiología de baja complejidad
Administrativos	Toma de muestras-condición	Papanicolaou	-
		Toma de muestra para biopsia	-
	Dotación de medicamentos y dispositivos médicos - condición	Entrega de medicamentos	-
			-
			-

Fuente: Elaborado por la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y unidades Móviles.

Además, se deberán incluir las siguientes actividades:

Referencia de pacientes con lesiones sospechosas malignas en coordinación con unidad de salud del primer nivel a hospitales de tercer nivel con servicios especializados de oncología, clínica de mama, colposcopia o cirugía oncológica del MSP de acuerdo a manual de referencia.

- Apoyar en campañas masivas de prevención y promoción en la detección oportuna de cáncer de mama y cérvico uterino.

- Apoyar en contingencias y desastres.

El personal de salud deberá ser acorde al tipo de atención y contará con el título registrado en la Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación (SENESCYT) y en el Ministerio de Salud Pública.

• Unidad móvil de radiología e imagen (UM-RI)

Es un vehículo sanitario que presta servicios de diagnóstico de imagen y Rayos X como apoyo a un establecimiento de salud. Su misión es extender la cobertura a comunidades distantes y lugares donde no exista este tipo de servicio. Además apoya a aquellos establecimientos de salud en los cuales existen exámenes represados. Estos servicios serán programados e itinerantes.

El personal de salud estará acorde al tipo de atención y contará con el título registrado en el Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación (SENESCYT) y en el Ministerio de Salud Pública.

Estas unidades prestan su contingente en situaciones de emergencia y desastres, movilizándose a cualquier lugar del territorio nacional que se requiera.

Al momento el Ministerio de Salud Pública no cuenta con unidades móviles de radiología e imagen; por lo cual, no se incluyen en el presente modelo.

• Unidad móvil de colecta de sangre (UM-CS)

Es un vehículo en el que se realiza colecta de sangre, la cual se envía al hemocentro, a los centros de colecta y distribución y a los centros de colecta de referencia. Ejecuta

la promoción de la donación voluntaria altruista repetitiva y no remunerada de sangre alogénica y autóloga.

La unidad móvil de colecta de sangre poseerá la siguiente cartera de servicios:(25)

Promoción de la donación voluntaria repetitiva y no remunerada.

- Colecta de sangre.

- Transporte de sangre colectada a bancos de sangre o hemocentros para su procesamiento.

Cabe destacar que este tipo de unidades móviles, estarán a cargo del Programa Nacional de Sangre; por lo cual, el detalle de la gestión no se desarrolla en el presente documento.

2.2.3 Hospitales móviles

Los hospitales móviles son vehículos que prestan servicios de salud específicos en atención clínico - quirúrgica, con respaldo para atención crítica y procedimientos de laboratorio e imagen (básicos). Es una infraestructura de atención sanitaria móvil, autocontenida y autosuficiente que se puede desplegar, instalar y expandir, o en su defecto, dismantelar con rapidez para satisfacer las necesidades inmediatas de atención de salud durante un tiempo determinado; y tiene la capacidad para realizar procedimientos o cirugías de mediana complejidad. Cuenta con un área de recuperación, servicios de apoyo y enfermería.

La capacidad instalada y resolutoria de los Hospitales Móviles se describe en la Tabla 10 a continuación.

Tabla 10. Capacidad instalada Hospitales Móviles.

Servicios	
Área	Detalle
Centro Quirúrgico	Servicios clínico - quirúrgicos de baja y mediana complejidad, con ingreso y egreso el mismo día (con excepciones dependiendo de la cirugía); en los casos de intervenciones quirúrgicas tales como: colecistectomías, histerectomías, hemiorrafias, ligaduras, escisiones, circuncisiones, etc. Se cuenta con un quirófano equipado con: • 2 mesas quirúrgicas. • 2 lámparas quirúrgicas. • 2 unidades de anestesia para adultos y niños, con ventilador, capnógrafo. • Área de lavabos de cirugía. • Coche de paro. • Set de diagnóstico integrado. • Aspirador de succión portátil. • Monitor de signos vitales con 8 parámetros de medición para adultos y niños (presión arterial invasiva, temperatura, EKG, EEG, saturación O₂, etc). • Esterilizadores. • Torre laparoscópica (HM2), • Electro bisturí especial - ligasure (HM2). En situaciones específicas de contingencia y de desastres, la unidad realizará cirugías de alta complejidad y de emergencia. Cuenta con instrumental quirúrgico mínimo para diversas especialidades como: cirugía general, cirugía pediátrica, ginecología, traumatología, neurocirugía, cardiovascular.
Atención Crítica(Recuperación quirúrgica)	Para recuperación y cuidado intensivo, cada hospital cuenta con una área que permite el monitoreo e incluso asistencia ventilatoria para pacientes adultos y niños con apoyo de tecnología de punta. El área de atención crítica incluye: • 4 cubículos para cuidados intensivos • 10 ventiladores • 4 monitores de signos vitales con 8 parámetros de medición para adultos y niños (presión arterial invasiva, temperatura, EKG, EEG, saturación O₂, etc). • 4 Bombas de infusión. Estación de enfermería para área crítica.
Consulta Externa	Ofrecerá consultas en las especialidades básicas y en especialidades y subespecialidades en función a los requerimientos y al perfil epidemiológico de la población a la que presta sus servicios. Cuenta con 8 cubículos atención: • Triage. • Estación de enfermería - postconsulta - curaciones. • Especialidades: cirugía general, pediatría, ginecología, medicina interna • 2 consultorios multifuncionales.
Emergencia	Cuenta con atención de emergencia de existir la necesidad, luego de estabilizar al paciente procederá a su referencia. • Central de monitoreo con capacidad de 16 monitores. • Desfibriladores. • Bombas de infusión.
Triage de emergencia	Ofrece servicios iniciales en la clasificación de pacientes en función de su condición clínica, y derivación a las diferentes especialidades de atención.
Servicios de apoyo	
Área	Detalle
Radiología e Imagen	Cuenta con servicio de radiología: • Dos equipos de rayos X, digital portátil con capacidad de tele transportación de imágenes a las estaciones de la unidad y fuera de ella. Se realizan las siguientes radiografías: Miembros superiores e inferiores, tórax, abdomen, columna cervical AP lateral y oblicua, columna lumbar AP lateral, Simple de abdomen, cráneo. Senos paranasales, pelvis AP axial. • Dos equipos de ultrasonido portátil con aplicaciones en cirugía, cardiología, cuidado crítico, obstetricia y ginecología, músculo -esquelético, neurología, vascular.
Electrocardiograma	• Cuenta con equipo para realizar EKG.
Laboratorio de Análisis Clínico	Cuenta con servicio de laboratorio: • Tres equipos de sistema analizador de hematología (Beckman Coulter System), mide 26 parámetros, con almacenamiento de hasta 10.000 pacientes. • Cinco analizadores i- STAT con el que se puede realizar gasometría, químicas sanguíneas, entre otros. • Un equipo para realizar Screening para drogas en orina.
Farmacia	Medicamentos y dispositivos médicos de acuerdo a las especialidades con las que cuenta. En el caso de atención de emergencia, los medicamentos son entregados al paciente para cubrir un tratamiento inicial por 3 días; para el despacho del resto de medicación recetada el paciente será enviado al distrito de salud que le corresponda según su residencia con la finalidad de completar su tratamiento.
Transporte sanitario	Ambulancia de transporte secundario.
Servicio al cliente	Información, educación pre y post operatoria, así como seguimiento telefónico.

Fuente: Elaborado por la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles.

En el marco de la capacidad instalada antes descrita para el funcionamiento de los hospitales móviles y debido a sus características de itinerancia se han definido tres escenarios:

- a) Atención básica.
- b) Contingencia.
- c) Emergencias y desastres.

2.2.3.1 Atención básica

Los hospitales móviles contarán con la cartera básica de servicios que se describe en la Tabla 11:

Tabla 11. Cartera básica de servicios de los hospitales móviles.

Tipo	Servicio	Prestación	Subprestación
Asistencial	Consulta externa	Consulta externa en medicina interna	-
		Consulta externa en traumatología	-
		Consulta externa en pediatría	-
		Consulta externa en ginecología	-
		Consulta externa en cirugía general	-
		Consulta externa en cirugía pediátrica	-
		Cuidados de enfermería	-
	Emergencia	Clasificación de emergencias (triage)	Triage pediátrico Triage de adultos
		Atenciones de emergencias (capacidad resolutoria según triage de Manchester)	Nivel I: situaciones que requieren resucitación, con riesgo vital inmediato o inminente de deterioro.
			Nivel II: situaciones con riesgo inminente para la vida o la función. El estado del paciente es serio y de no ser tratado en los siguientes 15 minutos puede haber disfunción orgánica o riesgo para la vida.
			Nivel III: situaciones urgentes, de riesgo vital potencialmente en 30 min.
			Nivel IV: situaciones menos urgentes, potencialmente serias.
			Nivel V: situaciones menos urgentes o no urgentes, a veces son problemas clínico-administrativos.
		Estabilización del paciente	-
		Procedimientos menores en emergencia	Terapia respiratoria
			Curaciones
			Suturas
			Colocación de sondas
			Retiro de puntos
			Aplicación de inyecciones
Apoyo diagnóstico y terapéutico	Atención en centro quirúrgico	Cirugía general	-
		Cirugía pediátrica	-
		Cirugía ginecológica	-
		Cirugía traumatológica	-
	Atención en terapia intensiva	Atención en cuidados intermedios (transitorios)	Atención en cuidados intermedios en adultos Atención en cuidados intermedios pediátricos
		Atención en cuidados críticos (transitorios)	Atención en cuidados críticos en adultos Atención en cuidados críticos pediátricos
	Diagnóstico por radiología e imagen	Radiografía	-
		Ecografía	-
	Diagnóstico en laboratorio	Apoyo diagnóstico e laboratorio de análisis clínico: pruebas básicas	Pruebas de química clínica
			Pruebas de hematología
			Pruebas de hemostasia
			Pruebas de serología
			Pruebas de coproanálisis
Apoyo diagnóstico y terapéutico	Dotación de medicamentos	Dispensación de medicamentos	-
	Pruebas diagnósticas	Electrocardiograma	-
	Transporte del paciente	-	-

Fuente: Elaborado por la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles.

En los casos de emergencias, se ofrecerá la prestación de existir la necesidad, dentro de lo cual luego de estabilizar al paciente se procederá a su referencia respectiva.

En esta modalidad, los hospitales móviles funcionarán en un horario de 12 horas diarias, con atención efectiva de 7h00 am a 19h00 pm de lunes a sábado y domingo de 7h00 am a 12h30 pm. En el caso de la prestación de emergencia, esta funcionará 24 horas.

De presentarse el caso de que los hospitales móviles no se encuentran prestando contingencia o apoyando en emergencias y desastres, deberán funcionar con la cartera básica.

Para cubrir esta cartera básica se contará con los profesionales de la salud acorde al tipo de especialidad, los mismos que deberán disponer el título registrado en la Secretaría de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación (SENESCYT) y en el Ministerio de Salud Pública.

2.2.3.2 Contingencia

Se entenderá por contingencia a todos los eventos en los cuales se requiera prestar apoyo, con el fin de evitar el colapso de los servicios de salud, ya sea por repotenciación de los establecimientos de salud o por sobredemanda de los servicios en un territorio específico. Este tipo de escenario se enmarca dentro de una planificación específica.

En este escenario la cartera de servicios de los hospitales móviles se incrementará en función de las especialidades necesarias; las mismas que dependerán de las

características específicas de la contingencia, como en el caso del traspaso de servicios sanitarios desde la unidad requirente; o de las características propias del territorio donde vaya a ser ubicado el hospital móvil, conforme al perfil epidemiológico, y sobre todo a las condiciones de seguridad del paciente. En cualquiera de los casos, se deberá contar con el justificativo técnico pertinente que incluya la demanda insatisfecha por cada especialidad a incrementar a la cartera básica. El detalle de la gestión en este caso se describe en el numeral 2.5.3.1.

El horario de funcionamiento dependerá de los requerimientos de la contingencia.

2.2.3.3 Emergencias y desastres

En el caso de desastres de origen natural o antrópico, se emplearán los hospitales móviles en un marco de respuesta en puntos de atención definidos cercanos al lugar del evento. En las mejores condiciones, los hospitales móviles podrán acceder al escenario del desastre en 5 días (2 de repliegue y 3 de despliegue); por lo cual, en una primera línea de acción se tendrán a las ambulancias y unidades móviles y demás establecimientos sanitarios fijos que puedan prestar atención.

En el presente escenario los hospitales móviles permitirán resolver problemas de atención de pacientes en lugares muy próximos a los sitios de los acontecimientos. La activación de los hospitales se dará en función de la necesidad específica de la emergencia o desastre, el requerimiento de movilización puede generarse a partir de los siguientes casos:

- Colapso o daño significativo de los principales establecimientos de salud.
- Rebasamiento de capacidad de respuesta de los establecimientos de salud.

En cuanto a la cartera de servicios que podrá ser ofertada dependerá del evento, de forma general las prestaciones serán:

- Puntos de triage ubicados en la carpa o fuera de ésta de ser necesarios.
- Servicios de consultas en varias especialidades para atención de pacientes ambulatorios.
- Procedimientos clínicos - quirúrgicos desde baja hasta alta complejidad de ser necesarios.
- Procedimientos de resucitación cardiopulmonar para adultos y niños.
- Monitoreo cardíaco invasivo y no invasivo.
- Servicios de diagnóstico de laboratorio e imagen. Prácticas de descontaminación.

2.3 Relacionamento interno

2.3.1 Actores internos

En la Tabla 12 a continuación se describen los actores internos del servicio de ambulancias.

NIVEL	ACTORES INTERNOS	ROL PRINCIPAL*
	Despacho Ministerial	- Autorizar adquisiciones de ambulancias y unidades móviles (incluye hospitales móviles). Hospitales móviles - Autorizar movilización de los hospitales móviles en los casos de emergencias o desastres en el marco del Comité de Operaciones de Emergencia (COE) -salud.
	Viceministerio de Atención Integral de Salud	- Asegurar la adecuada gestión y coordinación de los niveles desconcentrados relacionados al ámbito de su competencia. Hospitales móviles - Autorizar movilización de los hospitales móviles en los casos de contingencia.
	Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud	- Revisar y validar la formulación de insumos técnico legales del servicio de atención de salud móvil. - Coordinar la implementación del modelo de gestión, organización y funcionamiento del Servicio de Atención de Salud Móvil. - Coordinar con los niveles desconcentrados la adecuada gestión relacionada al ámbito de su competencia.
	Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles	- Establecer lineamientos y directrices generales para la operativización del servicio de ambulancias, unidades móviles y hospitales móviles a nivel nacional. - Ejercer la rectoría del servicio de atención de salud móvil - Elaborar la normativa técnica y legal para organización de la prestación del servicio de atención de salud móvil. - Definir la cartera de prestaciones del servicio de ambulancias, unidades móviles y hospitales móviles - Realizar la planificación nacional del servicio de ambulancias, unidades móviles y hospitales móviles. - Regular, monitorear y controlar la gestión general del servicio de ambulancias, unidades móviles y hospitales móviles. - Analizar la pertinencia de movilización de los hospitales móviles. - Realizar auditoría interna de los transportes sanitarios aéreos realizados y emitir informe de pertinencia. - Coordinar activamente la efectiva articulación y funcionamiento de las consolas de salud en el Servicio Integrado de Seguridad SIS ECU 911.
	Dirección Nacional de Hospitales	Servicio de ambulancias - Controlar que los establecimientos de salud de segundo y tercer nivel que son locaciones físicas para ambulancias, cumplan con las condiciones específicas establecidas para este fin. - Monitorear el funcionamiento del transporte secundario en establecimientos de segundo y tercer nivel (incluye transporte sanitario aéreo). - Receptar los pacientes procedentes de emergencia, en concordancia con la cartera de servicios y la disponibilidad del establecimiento de salud. Unidades móviles - Solicitar unidades móviles quirúrgicas de acuerdo a la necesidad en el marco de planes de contingencia para hospitales. Hospitales móviles - Apoyar en la rectoría y regulación del funcionamiento y operativización de los hospitales móviles. - Apoyar en la elaboración y validación de informes justificativos de movilización de los hospitales móviles. - Planificar el cronograma de contingencia de los establecimientos de salud de segundo nivel a nivel nacional. - Efectuar la pre-validación de los requerimientos de personal sanitarios de los hospitales móviles. - Apoyar en el control y monitoreo de la gestión operativa y administrativa y financiera de los hospitales móviles.
	Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención	- Establecer lineamientos y coordinar el subsistema de referencia, derivación, contrarreferencia, referencia inversa y transferencia y su articulación con el servicio de ambulancias, unidades móviles y hospitales móviles. Servicio de ambulancias - Controlar que los establecimientos de salud de primer nivel que son bases para ambulancias, cumplan con las condiciones específicas establecidas para este fin. - Monitorear el funcionamiento del transporte secundario en establecimientos primer nivel (incluye transporte sanitario aéreo). Unidades móviles - Apoyar en el funcionamiento y operativización de las unidades móviles generales. - Apoyar en la planificación de unidades móviles generales en territorio.
	Dirección Nacional de Discapacidades	- Coordinar y ejecutar el convenio para transporte sanitario aéreo para personas con discapacidades, mismo que en casos necesarios (de no poder gestionar los recursos a través de la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles) puede apoyar al transporte sanitario aéreo de pacientes en general. - Coordinar la resolución de nudos críticos en los niveles desconcentrados en el traslado de pacientes que requieran cuidados paliativos y a largo plazo.

Central	Dirección Nacional de Gestión de Riesgos	• Coordinar y planificar acciones de prevención, mitigación, preparación y respuesta ante los efectos de eventos adversos. • Establecer planes de contingencia y lineamientos de acción y coordinación de la ejecución de los mismos en caso de emergencias y desastres, que incluya al servicio de atención de salud móvil. • Consolidar el plan nacional de emergencia y contingencias ante la ocurrencia de eventos adversos que puedan afectar al sector salud.
	Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud	• Establecer lineamientos para el mejoramiento continuo de la calidad del servicio de atención de salud móvil. • Elaborar y actualizar normas e indicadores de gestión, calidad y costos de las prestaciones del servicio de atención de salud móvil.
	Dirección Nacional de Medicamentos y Dispositivos Médicos	• Coordinar y controlar la aplicación de normas relacionadas al uso racional de medicamentos en el servicio de atención de salud móvil. • Emitir lineamientos y directrices para aprovisionamiento de medicamentos y dispositivos médicos en las ambulancias, unidades móviles y hospitales móviles.
	Dirección Nacional de Normalización	• Coordinar y direccionar la elaboración de la normativa técnico legal, que permita la organización y funcionamiento del servicio de atención de salud móvil. • Emitir lineamientos para desarrollo de cartera de servicios.
	Dirección Nacional de Control Sanitario	• Formular las políticas y normativas que garanticen la calidad, mediante estándares de condiciones higiénico-sanitarias de los establecimientos de salud que forman parte del servicio de atención de salud móvil; a través de la operativización de emisión de permisos de funcionamiento.
	Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública de Salud y Red Complementaria	• Establecer lineamientos y coordinar el subsistema de referencia, derivación, contrarreferencia, referencia inversa y transferencia y su articulación con el servicio de ambulancias, unidades móviles y hospitales móviles. • Coordinar y concertar con las instituciones del Sistema Nacional de Salud, la gestión y ejecución del modelo de gestión, organización y funcionamiento del servicio de atención de salud móvil. • Coordinar la activación de la Red Pública Integral de Salud o Red Privada Complementaria para recepción de pacientes.
	Dirección Nacional de Equipamiento Sanitario	• Generar los estándares técnicos de equipamiento sanitario para el servicio de atención de salud móvil.
	Dirección Nacional de Centros Especializados	• Desarrollar acciones encaminadas a asesorar, fortalecer las capacidades en cuanto al diagnóstico oportuno, tratamiento específico, provisión y utilización adecuada de antidotos y dispositivos médicos para la atención integral, eficiente y efectiva tanto pre-hospitalaria como en los servicios a las víctimas de intoxicación con información técnica, procesada, actualizada y específica para cada caso, a través del Centro de información y asesoramiento toxicológico (CIATOX).
	Coordinación General Administrativa Financiera	• Emitir los lineamientos y directrices a los niveles desconcentrados para efectuar procesos administrativos financieros necesarios para garantizar la operatividad y normal funcionamiento de las ambulancias, unidades móviles y hospitales móviles a nivel nacional; de acuerdo al anclaje administrativo establecido. • Supervisar a niveles desconcentrados el cumplimiento de lineamientos y directrices emitidas.
Distrital	Coordinación zonal de salud	• Efectuar la planificación territorial de las unidades para el servicio de ambulancias y unidades móviles. • Coordinación y supervisión de la operativización y funcionamiento del servicio de atención de salud móvil. • Efectuar el monitoreo presupuestario. • Mantener operativas y funcionando las ambulancias y unidades móviles a su cargo. • Coordinar la ejecución de las directrices impartidas. • Compilar y validar la información para retroalimentación del funcionamiento del servicio de atención de salud móvil. Servicio de ambulancias • Definir las bases para ambulancias. • Evaluar requerimiento y gestionar transporte sanitario aéreo, a través de: - Consolas de Salud SIS ECU 911 de Quito y Guayaquil, para traslados a nivel nacional. - Consolas de Salud en cada Centro SIS ECU 911, para traslados en el nivel local. Unidades móviles • Operativizar a las unidades móviles quirúrgicas y de diagnóstico oncológico. Hospitales móviles • Controlar, monitorear y supervisar la gestión administrativa financiera. • Aplicar medidas correctivas en los casos que amerite, mismas que incluyan sanciones administrativas en los casos necesarios. • Validar y aprobar los requerimientos. • Controlar, monitorear y supervisar la operativización y atención.
	Distrito de salud	Servicio de ambulancias • Efectuar actividades de gestión, provisión y operativización de las ambulancias a su cargo. • Elaborar la microplanificación. Unidades móviles • Efectuar la gestión, provisión y operativización de las unidades móviles generales a su cargo. • Elaborar microplanificación.

Fuente: Elaborado por la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles. *Rol principal en el marco del presente Modelo.

2.3.2 Flujo de coordinación y anclaje

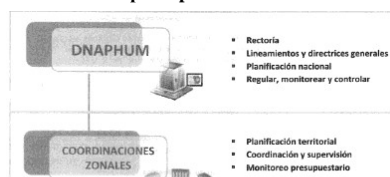
2.3.2.1 Servicio de ambulancias

• Atención pre-hospitalaria

Para efectivizar el funcionamiento de la atención pre-hospitalaria a nivel nacional se ha definido el flujo de coordinación para la gestión tanto administrativa como operativa (Figura 2). Las ambulancias de atención pre-hospitalaria estarán ancladas a los distritos de salud; por lo que los mismos estarán a cargo de la dotación de talento humano y la gestión y provisión de los recursos necesarios (medicamentos, dispositivos médicos, combustible, mantenimiento, entre otros), para garantizar el funcionamiento de la ambulancia; además, de actividades de micro planificación y coordinación de cumplimiento de directrices.

La Coordinación General Administrativa Financiera, se encargará de emitir los lineamientos y directrices respectivas, en base a los cuales los niveles desconcentrados, en este caso los distritos de salud, serán los encargados de garantizar la operatividad y normal funcionamiento de las ambulancias de transporte primario; no obstante, desde las coordinaciones zonales de salud se deberán ejercer efectivamente las funciones de coordinación, monitoreo y control de la gestión de los distritos; así como, el monitoreo de la ejecución presupuestaria, con el fin de garantizar que el servicio de atención pre-hospitalaria sea eficiente, oportuno y de calidad en las zonas a su cargo.

Figura 2. Flujo de coordinación para funcionamiento del servicio de transporte primario





En la Tabla 13 se detallan las responsabilidades, tanto del nivel central como del territorio.

Tabla 13. Roles detallados de actores en la gestión de las ambulancias de atención pre-hospitalaria.

ACTORES	ROLES DETALLADOS
Dirección Nacional de Atención Prehospitalaria y Unidades Móviles	- Emisión de los lineamientos generales a través de desarrollo de normativa técnico legal, como en el caso del modelo de gestión, organización y funcionamiento; acuerdos ministeriales específicos; política pública; documentación técnica; etc. - Planificación nacional, que incluya la distribución de las ambulancias de atención pre-hospitalaria de acuerdo a análisis de necesidad poblacional y geográfica de las coordinaciones zonales. - Monitoreo de los procesos técnicos, administrativos y financieros, que incluyan: • Informes compilados de producción global de las unidades móviles de salud. • Seguimiento de ejecución del presupuesto. - Emisión de los lineamientos generales a través de desarrollo de normativa técnico legal específica.
Coordinaciones zonales	- Planificación territorial. - Coordinación de la ejecución de las directrices impartidas desde el nivel nacional. - Control, supervisión y evaluación de la gestión del distrito. - Control y monitoreo de la ejecución presupuestaria. - Compilación, validación y reporte de la información generada en las ambulancias a su cargo.
Distritos de salud/Establecimiento de salud	- Realizar la microplanificación y cumplir las directrices emitidas. - Garantizar la ejecución de los recursos asignados. - Remitir informe de producción. - Gestión administrativa. • Provisión de medicamentos, combustible, insumos; y, materiales de oficina, aseo y limpieza, entre otros. • Mantenimiento correctivo y preventivo de los vehículos y el equipamiento biomédico. • Matriculación y aseguramiento de la unidad (incluye pago en el Sistema Público para Pago de Accidentes de Tránsito -SPPAT-). - Gestión de talento humano. • Garantizar la contratación de equipo completo de paramédicos y operadores de vehículos sanitarios. • Generar programas de capacitación en base a un análisis de necesidades. - Gestión financiera. • Gestionar presupuesto anual, de todos los rubros para normal funcionamiento.
Coordinación General Administrativa Financiera	- Emitir los lineamientos y directrices a los niveles desconcentrados para efectuar procesos administrativos financieros necesarios para garantizar la operatividad y normal funcionamiento de las ambulancias, unidades móviles y hospitales móviles a nivel nacional; de acuerdo al anclaje administrativo establecido. Supervisar a niveles desconcentrados el cumplimiento de lineamientos y directrices emitidas.

• Transporte secundario

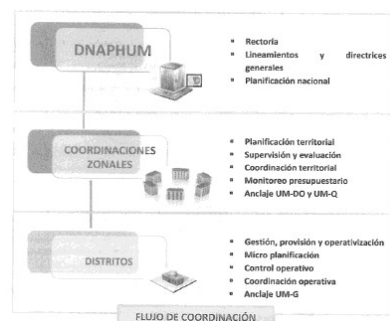
Las unidades de transporte secundario se anclarán directamente a los establecimientos de salud en los que prestan atención. La cuantificación de las mismas dependerá de estándares mínimos establecidos que dependen de la tipología del establecimiento y la cartera de servicios.

El establecimiento de salud cumplirá las funciones del distrito y tendrá las responsabilidades antes mencionadas. La Coordinación General Administrativa Financiera, se encargará de emitir los lineamientos y directrices respectivas, en base a los cuales los niveles desconcentrados serán los encargados a través de las dependencias responsables, en este caso los establecimientos de salud, de garantizar la operatividad y normal funcionamiento de las ambulancias.

2.3.2.2 Unidades móviles de salud

Para efectivizar el funcionamiento de las unidades móviles de salud a nivel nacional se ha definido el flujo de coordinación para la gestión tanto operativa, como administrativa -financiera; dentro del cual se han establecido las responsabilidades que deberán cumplir cada uno de los niveles de desconcentración del Ministerio de Salud Pública como se muestra en la Figura 3.

Figura 3. Flujo de coordinación para funcionamiento de las unidades móviles de salud.



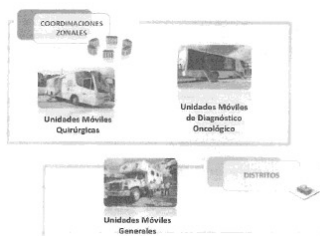
Fuente: Elaborado por la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles.

El nivel nacional estará encargado de la rectoría, la emisión de los lineamientos generales y la planificación y control a nivel macro, a través de la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles.

Las zonales de salud son las responsables de la operativización de las unidades móviles a través del anclaje de las mismas en los distritos de salud, en el caso de las unidades móviles generales; y, serán responsables directas de la operativización de las unidades móviles quirúrgicas y de diagnóstico oncológico, las cuales tendrán un anclaje directo. En este contexto, las zonas de salud deberán ejercer efectivamente las funciones de supervisión y evaluación de actividades y procesos; así como, la coordinación de los recursos necesarios y el monitoreo de la ejecución presupuestaria con el objetivo de garantizar que la atención de las unidades móviles de salud sea eficiente, oportuno y de calidad en las zonas a su cargo.

En cuanto a los distritos de salud, estos estarán a cargo de la gestión y operativización de recursos; además, de actividades de micro planificación y coordinación. En la Figura 4 a continuación se muestra la distribución de las unidades móviles de salud para anclaje administrativo y en Anexo III se detalla su ubicación.

Figura 4. Anclaje unidades móviles de salud del MSP.



Fuente: Elaborado por la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles.

En la Tabla 14 se detallan las responsabilidades, tanto del nivel central como del territorio.

Tabla 14. Roles detallados de actores en la gestión de unidades móviles de salud.

ACTORES	ROLES DETALLADOS
Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles	Emisión de los lineamientos generales a través de desarrollo de normativa técnico legal, como en el caso del modelo de gestión, organización y funcionamiento; acuerdos ministeriales específicos; política pública; documentación técnica; etc. - Planificación nacional, que incluya la distribución de las unidades móviles de salud de acuerdo al análisis de necesidad poblacional y geográfica a nivel de coordinaciones zonales. Monitoreo de los procesos técnicos, administrativos y financieros, que incluyan: • Informes compilados de producción global de las unidades móviles de salud. • Seguimiento de ejecución del presupuesto. Emisión de los lineamientos generales a través de desarrollo de normativa técnico legal específica.
Coordinaciones Zonales	- Planificación territorial, en donde se determine la distribución y ubicación idónea para las unidades móviles a su cargo a nivel de distritos de salud. - Supervisar y evaluar las actividades realizadas por las unidades móviles de salud. - Coordinación de la ejecución de las directrices impartidas desde el nivel nacional. - Compilación, validación y reporte de la información generada en las unidades a su cargo. - Control y administración de la ejecución presupuestaria de los distritos de salud. - Garantizar la cobertura de atención, en conjunto con el Distrito y Responsable UM. - En el caso de las unidades móviles generales de salud, se deberán definir los distritos de salud a los cuales se anclarán administrativamente las unidades móviles generales. - Operativización del funcionamiento de las unidades móviles quirúrgicas y de diagnóstico oncológico y definición de la programación de atención con alcance zonal.
Distritos de Salud	Los distritos de salud estarán encargados de la operativización del funcionamiento de las UMG asignadas a su cargo a través de: - Micro planificación de la atención de las unidades móviles en el territorio de cobertura asignado (Anexo IV), en conjunto con el Responsable de la UM. Gestión administrativa financiera. • Provisión de medicamentos, combustible, insumos; y, materiales de oficina, aseo y limpieza, entre otros. • Mantenimiento correctivo y preventivo de los vehículos y el equipamiento biomédico. • Matriculación y aseguramiento de la unidad (incluye SOAT). Gestión de talento humano. • Garantizar contratación de equipo completo de salud (médico, odontólogo, psicólogo, enfermera y operador de unidad móvil). Gestión financiera. • Gestionar presupuesto anual, de todos los rubros para normal funcionamiento.
Coordinación General Administrativa Financiera	Emitir los lineamientos y directrices a los niveles desconcentrados para efectuar procesos administrativos financieros necesarios para garantizar la operatividad y normal funcionamiento de las ambulancias, unidades móviles y hospitales móviles a nivel nacional; de acuerdo al anclaje administrativo establecido. Supervisar a niveles desconcentrados el cumplimiento de lineamientos y directrices emitidas.

Entre los criterios de anclaje de las unidades móviles se encuentran:

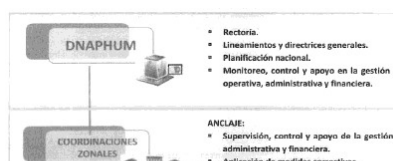
- **Ubicación.**- Geográficamente la unidad móvil general será anclada a un distrito que esté ubicado en un lugar céntrico de la provincia, lo que facilitará la movilización articulada con todos los cantones y distritos para brindar atención en toda la provincia.
- **Gestión.**- Identificación de un distrito que garantice la gestión administrativa, financiera y técnica de manera eficiente y efectiva.
- **Cobertura de atención.**- Ubicación estratégica en un distrito que favorecerá sin duda a mantener y sostener la cobertura en las parroquias del Q1 y Q2 a nivel provincial.

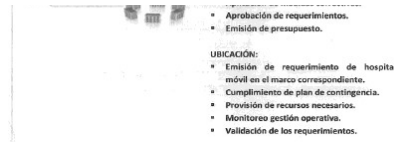
Existe excepción para el caso de las unidades móviles quirúrgicas y de apoyo al diagnóstico oncológico que estarán ancladas directamente en la coordinación zonal de salud, para lograr una mejor coordinación con las provincias y distritos de salud.

2.3.2.3 Hospitales móviles

En la Figura 5 se detalla el flujo de coordinación de hospitales móviles.

Figura 5. Flujo para coordinación de hospitales móviles.





FLUJO DE COORDINACIÓN

Fuente: Elaborado por la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles.

En la Tabla 15 a continuación se detallan las responsabilidades, tanto del nivel central como del territorio.

Tabla 15. Roles detallados de actores en la gestión de los hospitales móviles.

ACTORES	ROLES DETALLADOS
Dirección Nacional de Atención Pre-Hospitalaria y Unidades Móviles	Emisión de los lineamientos generales a través de desarrollo de normativa técnico legal, como en el caso de: - Modelo de gestión, organización y funcionamiento. - Acuerdos ministeriales específicos. - Política pública. - Documentación técnica; etc. - Coordinación para cumplimiento de lineamientos generales emitidos desde el nivel central. - Desarrollo de la planificación nacional de ubicación de los hospitales móviles; a partir del análisis de la pertinencia de la movilización de los mismos. - Aprobación del plan de contingencia emitido desde la coordinación zonal requirente (de ubicación), en el marco de la solicitud de movilización de los hospitales móviles. - Monitoreo, control y apoyo en la gestión operativa, administrativa y financiera, a través de: - Análisis de informes mensuales de producción. - Seguimiento de la ejecución presupuestaria. - Análisis de informes de las supervisiones administrativo financiera emitidos desde la coordinación zonal de anclaje. - Desarrollo y monitoreo del cumplimiento del acta de prestaciones y contra prestaciones en cada movilización de los hospitales móviles; además, del monitoreo del cumplimiento del plan de contingencia planteado desde la coordinación zonal de ubicación. - Designación de un comité de autoridades locales, que permita viabilizar el funcionamiento de los hospitales móviles con todo el apoyo logístico necesario.
Coordinación Zonal de Salud(anclaje administrativo)	- Supervisión y control de la gestión administrativa financiera del hospital móvil anclado a su jurisdicción, dentro de lo cual se deberán emitir informes trimestrales a la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles. - Control y reporte de la ejecución presupuestaria. - Aplicación de medidas correctivas en los casos que amerite, mismas que incluyan la gestión de sanciones administrativas o penales de requerirse. - Aprobación de los requerimientos generados desde los hospitales móviles (talento humano, medicamentos, etc.); para lo cual, se deberá contar con la validación previa desde la coordinación zonal de ubicación. - Apoyar en la ejecución de procesos administrativos y financieros, entre lo que se incluye brindar la capacitación pertinente en los casos necesarios.
Coordinación Zonal de Salud (ubicación)	- Emisión de la solicitud del requerimiento de hospital móvil en el marco establecido; dentro de lo cual, se deberá contar con un plan de contingencia, de acuerdo a los lineamientos establecidos desde la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles. - Firma y cumplimiento del acta de prestaciones y contraprestaciones previa a la movilización de los hospitales móviles. - Monitoreo de la gestión operativa de los hospitales móviles. - Gestiones pertinentes para cumplimiento del plan de contingencia aprobada y reporte mensual a la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles. - Provisión de los recursos necesarios (talento humano, medicamentos e insumos médicos, etc.) en el marco del plan de contingencia aprobado por la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles. - Generar estrategias para garantizar la optimización de los recursos de los hospitales móviles. - Validación de los requerimientos efectuados desde los hospitales móviles. En el caso de requerimientos de talento humano, se deberá contar con la pre-validación de la Dirección Nacional de Hospitales. - Consolidación de la información de la producción del hospital móvil asignado e informar a la CZ de anclaje y a la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles.

Fuente: Elaborado por la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles.

2.4 Relacionamiento interinstitucional

En la Tabla 16 se describen los actores externos.

Tabla 16. Actores externos

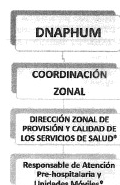
ACTOR	ROL PRINCIPAL
Red Pública Integral de Salud -RPIS-	Prestar servicios sanitarios oportunos de acuerdo al grado de resolución de cada establecimiento.
Red Privada Complementaria -RPC-	Prestar servicios sanitarios oportunos de acuerdo al grado de resolución de cada establecimiento.
Policía Nacional	Prestar apoyo en temas de seguridad.
Secretaría de Gestión de Riesgos	Emite directrices generales para atención en emergencias y desastres.
Gobiernos Autónomos Descentralizados (GADs)	Manejo y disposición final adecuada de desechos. Coordinar actividades relacionadas con la atención.
Gobernaciones	- Apoyo en la gestión.
Empresa Eléctrica	- Provisión del servicio de energía eléctrica de forma oportuna y eficiente.
Empresa de agua potable	- Provisión del servicio de agua potable de forma oportuna y eficiente.
Corporación Nacional de Telecomunicaciones(CNTI)	- Provisión del servicio de internet y red troncalizada de emergencia.
Servicio Integrado de Seguridad ECU 911	- Coordina la atención de los organismos de respuesta articulados en la institución para caso de accidentes, desastres y emergencias movilizando recursos disponibles para la atención más rápida posible. En el caso del MSP, la integración incluye: - Consolas de salud (incluye gestión de transporte sanitario aéreo). - Sistema de atención pre-hospitalaria. - Consola de Red Pública Integral de Salud. - Emergencias y desastres (sala de situación de la Dirección Nacional de Gestión de Riesgos). - CIATOX.
Ministerio de Defensa Nacional	Provisión de aeronaves de acuerdo a requerimiento para transporte sanitario aéreo, a través del Comando Conjunto. Coordina la logística para efectuar transporte sanitario aéreo.

Ministerio del Interior	Provisión de aeronaves de acuerdo a requerimiento para transporte sanitario aéreo, a través de Aero Policial. Coordina la logística para efectuar transporte sanitario aéreo. - Apoyo en temas de seguridad en la movilización de hospitales móviles.
-------------------------	---

Fuente: Elaborado por la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles.

2.5 Detalle de gestión

A continuación se establece el flujo de coordinación desde el nivel nacional al nivel local, en base al Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública.



*Las Coordinaciones Zonales de Salud deberán designar un Responsable de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles, el cual contará con el tiempo necesario para realizar las funciones propias de la designación, independientemente de las demás responsabilidades asignadas a su persona; por lo cual, dependiendo de la Zona se recomendará que el Responsable sea contratado exclusivamente para ejecutar esta actividad.

Además, dada la dinámica de este tipo de servicio en territorio se ha evidenciado la necesidad de contar con un responsable a nivel provincial contratado directamente desde la zona, para fortalecer el principio de alcance y control en cada una de las coordinaciones zonales; la pertinencia del mismo deberá ir en función de la complejidad de la zona (territorio, densidad poblacional, isócrona, entre otras). Los responsables provinciales deberán desarrollar sus actividades desde el Centro del Servicio Integrado de Seguridad ECU 911 de su circunscripción o en la dirección distrital de cabecera provincial, en los casos en los que no se cuente con un Centro del Servicio Integrado de Seguridad ECU 911 propio.

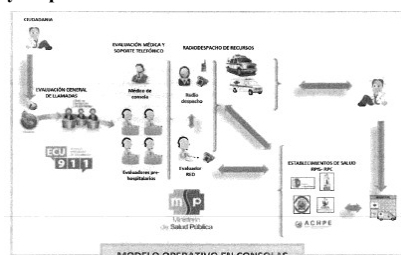
En cuanto a la gestión del talento humano perteneciente al servicio de atención de salud móvil, dentro del cual se incluyen personal de ambulancias, consolas de salud, unidades y hospitales móviles (médicos generales y especialistas, profesionales pre-hospitalarios, odontólogos, psicólogos, enfermeras, operadores de vehículos sanitarios, evaluadores pre-hospitalarios, radio operadores, etc.); y por la dinámica propia del servicio, es necesario puntualizar que independiente de la dependencia administrativa a donde se encuentren anclados estos establecimientos de salud, dicho personal podrá prestar servicios en otras dependencias de acuerdo a la necesidad institucional que se presente, a fin de garantizar la operatividad y atención oportuna a la comunidad.

2.5.1 Servicio de ambulancias

2.5.1.1 Transporte primario (atención pre-hospitalaria)

El Ministerio de Salud Pública cuenta con un sistema de atención pre-hospitalaria, que funciona las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días al año; el sistema cuenta con un área de evaluación médica y despacho operativizada por las **consolas de salud** en los Centros del Servicio Integrado de Seguridad ECU 911. Cabe puntualizar que el despacho de ambulancias de atención pre-hospitalaria se debe realizar de forma exclusiva desde las consolas en mención.

Figura 6. Modelo operativo de área de evaluación médica y despacho.



Fuente: Elaborado por la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles.

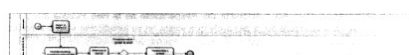
El proceso se inicia cuando la llamada de emergencia, desde la ciudadanía, se recepta en el Servicio Integrado de Seguridad ECU 911, donde el evaluador general de llamadas clasifica las emergencias según su tipo; de ser catalogada como "salud", se transfiere la llamada a la consola de salud perteneciente al Ministerio de Salud Pública, en donde se efectúa una valoración de la emergencia. El objetivo de esta consola es brindar un soporte telefónico adecuado, precoz y continuo; mientras de forma simultánea se despacha, en los casos que amerita, el recurso más cercano y listo para atender cualquier emergencia o urgencia médica.

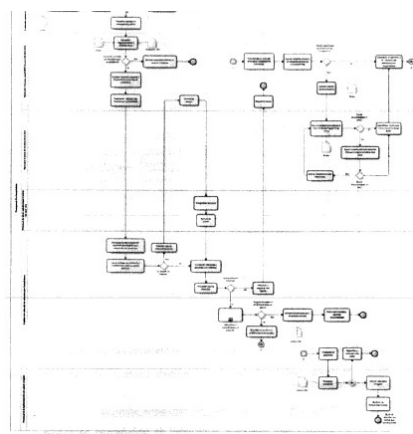
El sistema de atención pre-hospitalaria se fortalece a través de la gestión de pacientes, mediante la cual se asigna un establecimiento de salud receptor de la emergencia, de acuerdo a complejidad de la misma, cercanía, cartera de servicios y disponibilidad del establecimiento de salud; la gestión de pacientes se coordina tanto en la Red Pública Integral de Salud, como de la Red Privada Complementaria.

La permanencia física fija o itinerante del Responsable de la Red Pública Integral de Salud - RPIS, dependerá de la demanda que exista en su jurisdicción y se enmarcarán según las directrices emitidas por la Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud. Actualmente, se cuenta con Responsables de la Red en todas las cabeceras zonales.

El proceso detallado de transporte primario vía terrestre se describe en la Figura 7.

Figura 7. Flujograma de transporte primario.



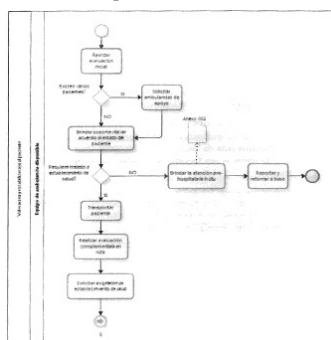


Fuente: Elaborado por la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles.

Fuente: Elaborado por la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles.

El subproceso de valoración y estabilización del paciente se describe en la Figura 8 a continuación.

Figura 8. Flujograma para el subproceso de valoración y estabilización del paciente.



Fuente: Elaborado por la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles.

En el caso de emergencias que requieran transporte sanitario aéreo se deberán seguir los flujos detallados en el numeral 2.5.1.4.

• Distribución de ambulancias de transporte primario

El cálculo efectuado para establecer la cantidad de ambulancias necesarias para dar cobertura al sistema de atención pre-hospitalaria a nivel nacional, se efectuó a partir de la siguiente ecuación:

$$bs = \frac{\sum i \cdot e \cdot t + d_i}{p \times t} \times r_i$$

Donde,

bs: Capacidad de utilización del sistema pre-hospitalario.

$\sum i \cdot e$: Número de circuitos en un territorio.
 d_i : Promedio de ocupación medido en minutos.
 p : Número de ambulancias.
 t : Turno medido en minutos.
 r_i : Tiempo ideal de respuesta ($r_i = 10$ minutos).

Al aplicar la fórmula establecida se obtiene como resultado el porcentaje de capacidad de utilización del sistema pre-hospitalario, donde mientras menor sea dicho porcentaje se garantiza un mayor número de ambulancias disponibles para dicho sistema.

Cabe recalcar que para la aplicación de este modelo y de acuerdo a estos cálculos aplicados a la realidad del Ministerio de Salud Pública, el porcentaje de ocupación no debería exceder del 25%, garantizando de esta manera la cobertura necesaria.

Es importante dar a conocer que el di no es directamente imputable a la gestión de la atención pre-hospitalaria, si no está sujeta a factores externos como tráfico, capacidad resolutoria de los establecimientos de salud, horas pico, entre otros; por lo tanto, mientras más se prolongue esta variable (en función del tiempo), el porcentaje de disponibilidad del sistema disminuye.

A la fecha, el Ministerio de Salud Pública cuenta con 290 ambulancias terrestres para el servicio de transporte primario; para facilitar la distribución de las mismas, se dividió al territorio en dos grandes grupos, el área urbana y el área rural. Para definir su área de cobertura se consideraron las variables a continuación:

- Tipología vial.
- Vías de acceso.
- Densidad poblacional.
- Ciudades principales.

En función de las variables descritas, se distribuyó el recursos pre-hospitalario a cada uno de los distritos de salud de modo que el tiempo de respuesta del sistema se encuentre en un rango aceptable, es decir que en promedio, el 80% de las atención es del sistema pre-hospitalario se efectúe en un tiempo de respuesta de 10 minutos.

En este contexto, desde el Servicio Integrado de Seguridad ECU 911 en conjunto con el Ministerio de Salud Pública se efectuó un análisis para incrementar la eficiencia del servicio de atención pre-hospitalaria a través de la redistribución e incremento de los recursos. Cabe destacar que se analizaron los recursos de todas las instituciones que forman el sistema pre-hospitalario articulado al Servicio Integrado de Seguridad ECU 911, entre las cuales se encuentran Bomberos, Cruz Roja Ecuatoriana, IESS, entre otras. El estudio en cuestión concluyó que al momento no existe una brecha de ambulancias de transporte primario; dado que se cuenta con un total de 485 ambulancias operativas, que realizan atención pre-hospitalaria y trabajan en una jornada 24/7. La metodología empleada establece que se necesitan un total de 441 ambulancias. El análisis espacial permitió determinar que muchas ambulancias están relativamente cerca por lo que debe evaluar una reubicación de los recursos y en algunos casos el incremento o disminución en los diferentes distritos.

• Consolas de salud

Al implementarse cada uno de los centros Servicio Integrado de Seguridad ECU 911 a nivel nacional, el Ministerio de Salud Pública como rector en salud es responsable de la implementación del área de la evaluación médica y despacho a través de las consolas de salud, según la capacidad del centro. Adicionalmente, se generan estrategias operativas adecuadas para formar parte del Sistema Nacional Troncalizado de Emergencias, como plataforma para la comunicación; lo cual fortalece la operativización e interconexión de los establecimientos de salud, ambulancias y consolas; considerando este instrumento imprescindible para su sostenibilidad.

En función del número de consolas de salud, el recurso en territorio y la población potencial a beneficiar, el Ministerio de Salud Pública ha implementado un proceso acorde para manejar las siguientes actividades:

- Recepción de eventos catalogados como "salud".
- Evaluación médica, soporte telefónico de carácter médico y/o psicológico.
- Despacho de ambulancias en función de disponibilidad y pertinencia.
- Gestión del paciente pre-hospitalario, según sea el caso, con derivación respectiva a establecimiento de salud según complejidad.
- Coordinación interinstitucional según la naturaleza del evento, con Policía Nacional, Cruz Roja Ecuatoriana, Secretaría de Gestión de Riesgos, Fuerzas Armadas, Gobiernos Autónomos Descentralizados, etc.

El Servicio Integrado de Seguridad ECU 911 cuenta con 15 centros a nivel nacional, 7 Zonales y 8 locales distribuidos estratégicamente con una cobertura del 99.8% del territorio ecuatoriano. Se complementará el 100% de la cobertura con la puesta en funcionamiento de la sala de operaciones en las Islas Galápagos, la prestación del servicio es 24 horas, 365 días al año.

En los Centros del Servicio Integrado de Seguridad ECU 911 existe un determinado número de consolas de salud, el cual se define de forma preliminar a partir de la población a la que se da cobertura en el centro (Tabla 17); para establecer el número definitivo se considera adicionalmente el número de ambulancias y provincias articuladas al centro.

Tabla 17. Criterio de cuantificación de consolas de salud conforme a la población.

Número de habitantes	Número de consolas
Menos de 150.000	1
de 150.000 a 400.000	2
de 400.000 a 1?500.000	3
1 ?500.000 a 3?000.000	6
3?000.000 a 4?500.00	7

Fuente: Elaborado por la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles.

2.5.1.2 Transporte secundario

El transporte secundario se realizará de acuerdo a los lineamientos establecidos en la Norma del Subsistema de Referencia, Derivación, Contra referencia, Referencia Inversa y Transferencia del Sistema Nacional de Salud?23?; y dependerá del nivel de respuesta del establecimiento de salud en función de su capacidad resolutoria y cartera de servicios.

El transporte secundario puede darse en dos escenarios:

1. Situaciones programadas (altas, referencia, transferencia, entre otras)
2. Casos de emergencias para traslado de pacientes críticos.

En los casos de pacientes de atención domiciliaria que requieren cuidados a largo plazo y cuidados paliativos, el establecimiento de salud de primer nivel al que se encuentran adscritos deberán gestionar el traslado de los mismos cuando sea necesario, ya sea con ambulancias de establecimientos de salud de mayor complejidad o con el sistema de atención pre-hospitalaria para los casos de urgencias y emergencias.

Para la definición del estándar de ambulancias de transporte secundario por establecimiento de salud de acuerdo a su nivel de atención y tipología, se requiere contar con un estudio específico sobre el tema a partir del cual se emita el estándar respectivo a ser aplicado a nivel nacional. Al momento, se aplican los lineamientos establecidos desde las Direcciones Nacionales de Hospitales y de Primer Nivel de Atención en Salud, mismos que se muestran en la Tabla 18.

Tabla 18. Estándar mínimo de ambulancias de transporte secundario según el establecimiento de salud.

Tipo de establecimiento	Número de camas	Cantidad requerido de ambulancias
Centro de Salud Tipo C	-	1 ambulancia
Hospitales Básicos	15 camas a 20 camas	1 ambulancia
	21 camas a más	2 ambulancias (con análisis individual de los hospitales en los que ameritan 2 ambulancias)
Hospitales Generales	70 camas a 120 camas	2 ambulancias
	121 camas a más	3 ambulancias (con análisis individual de los hospitales que ameritan 3 o más ambulancias)

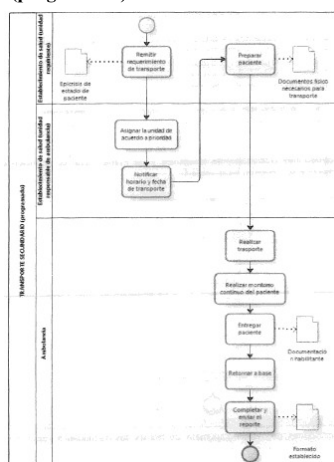
Fuente: Criterios extraídos de informes técnicos de análisis de necesidad de transporte secundario (Direcciones Nacionales de Hospitales y Primer Nivel de Atención en Salud).

Cabe destacar que el estándar mínimo establece una base de cuantificación de ambulancias de transporte secundario; no obstante, el número necesario depende de las especificidades del territorio (número de transportes secundarios realizados, sitio de prevalencia de muerte materna neonatal o desnutrición Infantil, cercanía a establecimientos fijos de salud, capacidad resolutoria de los mismos, entre otras.)

Dependiendo del grado de complejidad y las características específicas tanto geográficas (lugares de difícil acceso), como de nivel de respuesta (cartera de servicios de establecimientos de salud de la localidad) de la ubicación del paciente, el transporte secundario se puede realizar por vía terrestre y aérea.

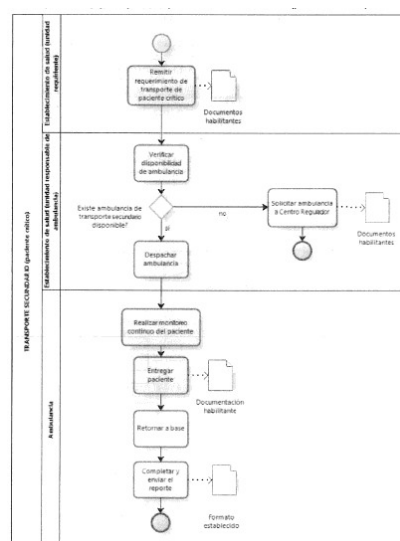
El transporte secundario por vía terrestre se efectuará, de manera general, de acuerdo a los flujos a continuación. El caso del transporte programado se muestra en la Figura 9 y el transporte de pacientes críticos se seguirá el flujo detallado en la Figura 10.

Figura 9. Flujograma para transporte secundario vía terrestre (programado).



Fuente: Elaborado por la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles.

Figura 10. Flujograma para transporte secundario vía terrestre (pacientes críticos).



Fuente: Elaborado por la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles.

Transporte sanitario aéreo

Para efectos del presente documento, el transporte sanitario aéreo se clasifica de acuerdo a las modalidades que se describen en la Tabla 19.

Tabla 19. Modalidades de transporte sanitario aéreo.

Denominación	Características	Enlace consola SALUD SIS ECU 911*
Transporte sanitario aéreo a nivel nacional	Aplica en los casos que se requiere un traslado de una localidad a otra; en la cual, exista un establecimiento de salud de mayor complejidad, Por definición corresponde a transporte secundario, Esta modalidad incluye el transporte de pacientes de la Región Insular al continente.	- SIS ECU 911 Quito (excepto Galápagos). - SIS ECU 911 San Cristóbal/Distrito de Salud 20D01 (Galápagos).
Transporte sanitario aéreo a nivel local	Aplica en los casos que se requiere un traslado dentro de una misma localidad, o desde lugares de difícil accesibilidad. Por definición corresponde a transporte primario.	De la localidad.
Transporte sanitario aéreo inter-islas	Aplica en los casos que se requiere un traslado entre las islas pertenecientes al archipiélago de Galápagos; debido a las características especiales de la localidad; se realiza con aeronaves de ala rotatoria. Dada la naturaleza de la región, la derivación de los pacientes puede ser transporte primario o secundario, según el caso.	SIS ECU San Cristóbal/Distrito de Salud 20D01 (responsable de transporte sanitario aéreo).

* Consola de salud desde donde se gestionan los recursos para atender el transporte secundario aéreo
 Fuente: Elaborado por la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles.

• Transporte sanitario aéreo a nivel nacional

El requerimiento de transporte sanitario aéreo a nivel nacional (de una localidad a otra), se emitirá desde los establecimientos de salud y se gestionará a través de la consola de salud del SIS ECU 911 de Quito, Samborondón y San Cristóbal de acuerdo a la siguiente distribución:

- Consola de salud SIS ECU 911 - Quito: Ecuador continental
- Consola de salud SIS ECU 911 - San Cristóbal: Galápagos, (en coordinación con Distrito de Salud 20D01)

En las consolas de salud se valida el requerimiento y se gestionan los recursos necesarios de acuerdo al flujo a continuación en la Figura 11 (excepto Galápagos).

Para los casos en los que se requiera efectuar un transporte sanitario aéreo desde Galápagos hacia el continente se aplicará el proceso descrito en la Figura 12.

Figura 11. Flujograma para efectuar un transporte sanitario aéreo a nivel nacional.

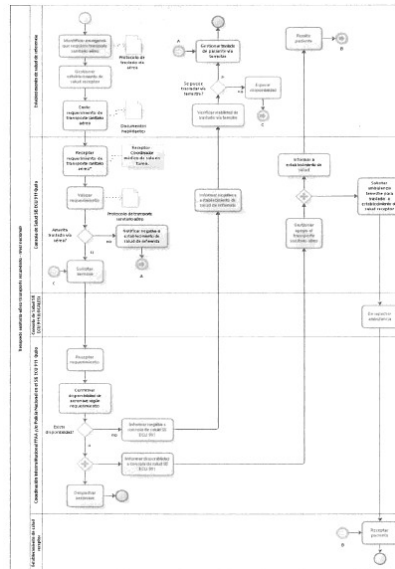
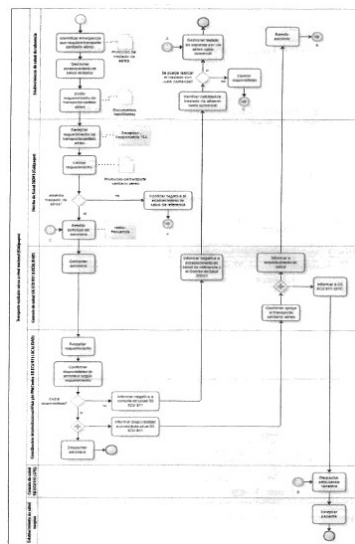


Figura 12. Flujograma para efectuar un transporte sanitario aéreo a nivel nacional desde Galápagos al continente.



• Transporte sanitario aéreo a nivel local

En los casos en los que el transporte sanitario aéreo se efectúe dentro de la localidad o en lugares de difícil accesibilidad, debe ser gestionado como se detalla en la Figura 13.

Figura 13. Flujograma para efectuar un transporte sanitario aéreo a nivel local.

Fuente: Elaborado por la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles.

• Transporte sanitario aéreo inter-islas

En los casos que el transporte sanitario aéreo se efectúa entre las islas del Archipiélago de Galápagos debe ser gestionado como se detallan en la Figura 14.

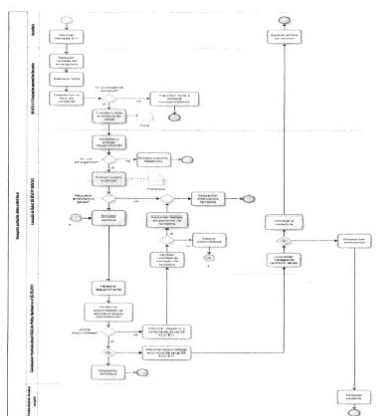
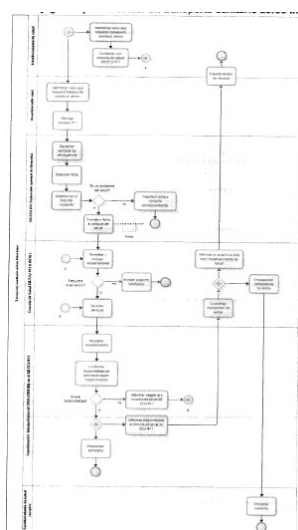


Figura 14. Flujograma para efectuar un transporte sanitario aéreo inter-islas.



2.5.1.4 Generalidades de la gestión

• Talento Humano

Los profesionales considerados para el servicio de ambulancias son:

Tabla 20. Profesionales de la salud considerados para la atención pre-hospitalaria

PROFESIONALES SANITARIO	CARACTERÍSTICAS
Paramédicos/as	Técnicos, tecnólogos y/o licenciados en emergencias médicas, con formación y capacitación en manejo de pacientes con trauma, emergencias clínicas, gineco-obstétricas, intoxicaciones y demás patologías que se presentan en el ámbito pre-hospitalario. Se encargará de la atención directa del paciente.
Médico/a general	Con capacitación en manejo de pacientes con trauma, emergencias clínicas, gineco-obstétricas, intoxicaciones y demás patologías que se presentan en el ámbito pre-hospitalario. Se encargará de la atención directa del paciente.
Enfermeras/os	Con capacitación en manejo de pacientes con trauma, emergencias clínicas, gineco-obstétricas, intoxicaciones y demás patologías que se presentan en el ámbito pre-hospitalario. Se encargará de la atención directa del paciente.
Médicos/as especialistas	Emergenciólogos, intensivistas neonatólogos y otras especialidades médicas afines al requerimiento del transporte secundario. Se encargará de la atención directa del paciente.

Fuente: Elaborado por la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles.

Además, se deberá contar con profesionales que dan el soporte operacional a las actividades del servicio de ambulancias, como:

Tabla 21. Profesionales de soporte en el servicio de ambulancias

PROFESIONALES	CARACTERÍSTICAS
Operadores de vehículos de emergencia	Profesionales que acrediten licencia tipo E1 o C12, autorizados por la Agencia Nacional de Tránsito del Ecuador para conducción de vehículos de emergencia, con entrenamiento adicional en lo que se refiere a primeros auxilios, manejo de escenas en situaciones de emergencia, seguridad vial y conducción a la defensiva.
Tripulaciones de aeronaves (operadores o tripuladores)	Profesionales en la operación de aeronaves, encargados de pilotear y brindar soporte operacional para garantizar que un transporte sanitario aéreo se realice bajo estrictas normas de seguridad en operaciones en aire.

Fuente: Elaborado por la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y unidades Móviles.

1. Para operadores cuya licencia haya sido emitida en base de la Ley No. 000. RO/1002 de 2 de Agosto de 1996. Art. 39 y Art 40. Ucenia tipo E: Vehículos motorizados de carga, simples o con acoplados, con capacidad de carga superior a 1.750 kilogramos; vehículos recolectores de basura u otros destinados al aseo; ambulancias y vehículos de emergencia; vehículos de carga sea cual fuere su capacidad que transporten sustancias o mercaderías insalubres o peligrosas, tales como explosivos, elementos radioactivos, corrosivos, tóxicos o inflamables.

2. Para operadores cuya licencia haya sido emitida en base al Reglamento a Ley de Transporte Terrestre Tránsito y Seguridad Vial. Decreto Ejecutivo 1196. Registro Oficial Suplemento 731 de 25 junio 2012. Art. 132. Tipo CT (licencia): Para vehículos policiales, ambulancias militares, municipales, y en general todo vehículo del Estado ecuatoriano de emergencia y control de seguridad.

NOTA: Para los casos específicos de los vehículos de transporte sanitario aéreo, el personal que opera las aeronaves variará en función de la regulación de la autoridad aeronáutica vigente y en función de los requerimientos de la aeronave.

Los equipos propuestos para la tripulación de ambulancias deberá estar conformado como mínimo requerido por el dúo pre-hospitalario (dos personas) y el óptimo es el trío pre-hospitalario (tres personas) siendo que esta sugerencia no limita si fuese el caso de más profesionales que integren el equipo pre-hospitalario y está supeditado por los servicios sanitarios y las prestaciones.

En cuanto a las consolas de salud perteneciente al Ministerio de Salud Pública en los Centros del Servicio Integrado de Seguridad ECU 911, se estableció el perfil profesional a aplicar para el personal que se encuentra laborando en la Sala Operativa de los Centros del Servicio Integrado de Seguridad ECU 911 a nivel nacional.

Tabla 22. Personal que conforma las consolas de salud en los Centros del Servicio Integrado de Seguridad ECU 911.

PROFESIONALES	CARACTERÍSTICAS
Médico/a de consola (Médico/a general)	Con capacitación en manejo de pacientes con trauma, emergencias clínicas, gineco-obstétricas, psicológicas, intoxicaciones y demás patologías que se presenten en el ámbito pre-hospitalario. Es el responsable de coordinar y controlar la calidad de los procesos asignados en la gestión de llamadas de emergencia, la gestión de recursos despachados y brindar el soporte médico técnico al personal pre-hospitalario; además, deberá poseer conocimientos en el funcionamiento de los servicios formales de emergencias y transporte sanitario aéreo, así como la coordinación interinstitucional con organismos de socorros y personal operativo del Servicio Integrado de Seguridad ECU 911.
Evaluador/a pre-hospitalario	Técnicos, tecnólogos y/o Licenciados en emergencias médicas o enfermería, con capacitación en manejo de pacientes con trauma, emergencias clínicas, gineco-obstétricas, psicológicas, intoxicaciones y demás patologías que se presenten en el ámbito pre-hospitalario. Es el encargado de brindar el soporte telefónico médico/psicológico necesario al alertante, mientras coordina con el radio- operador respuestas efectivas e inmediatas a las necesidades reportadas.
Radio operador/a	No profesional, con conocimientos en primeros auxilios, reanimación cardiopulmonar básica, radiocomunicaciones y experiencia en el ámbito de emergencias. Es el encargado de realizar acciones de coordinación efectiva e inmediata a las necesidades reportadas por el evaluador pre-hospitalario Ministerio de Salud Pública, despachando los recursos necesarios así como el soporte técnico al personal pre-hospitalario en el sitio del evento y gestiona la recepción de pacientes en función de la patología, distancia y capacidad resolutoria, mediante el manejo de la Red Troncalizada de Emergencia.

Fuente: Elaborado por la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles.

Este personal que conforma las consolas de salud será contratado desde las Coordinaciones Zonales de Salud.

• Jornada laboral

El equipo de profesionales para la atención pre-hospitalaria y los operadores de " respuesta del Servicio Integrado de Seguridad ECU 911 efectuarán jornadas laborales en horarios rotativos; en el caso de profesionales de la salud y operadores de los vehículos de transporte sanitario, la jornada laboral será de 24 horas con 72 horas de descanso.

Para el caso de los operadores del Servicio Integrado de Seguridad ECU 911 con relación de dependencia del Ministerio de Salud Pública, los horarios serán rotativos de 8 horas en la mañana, 8 horas la tarde y 8 horas la noche, en los dos casos sin exceder las 160 horas laborales mensualmente como dispone la normativa legal vigente.

Los responsables por velar el cumplimiento de horarios y cobertura con personal suficiente para cada uno de los puestos o bases pre-hospitalarias serán los responsables zonales de atención pre-hospitalaria, con todo el poder para el ejercicio de funciones apoyados por las unidades de administración de talento humano de cada una de las coordinaciones zonales en plena observancia de la ley vigente en materia laboral y en función de las distintas modalidades de contratación.

• Base física

En el caso de las ambulancias de atención pre-hospitalaria, las coordinaciones zonales de salud en coordinación con los distritos de salud, en los que se encuentran ancladas administrativamente las ambulancias deberán establecer una base física para las unidades a su cargo; la cual deberá contar con todos los servicios básicos, las facilidades para la permanencia del personal pre-hospitalario, mobiliario para descanso y espacio para el vehículo.

No existen restricciones específicas de lugares en donde se ubique la base física; sin embargo, la base física deberá cumplir con:

- La localización debe ser en sitios estratégico, en donde no se tenga riesgo inminente, ni proximidad a zonas de alto riesgo biológico o industrial.
- Debe contar con agua potable, manejo y evacuación de residuos líquidos, conexión al alcantarillado público y manejo y evacuación de residuos sólidos.
- Debe contar con las siguientes áreas:

- Lavado, desinfección y esterilización de dispositivos médicos y vehículo.
- Lavado de elementos de aseo.
- Almacenamiento de residuos infecciosos.
- Conservación y custodia de formularios sanitarios.
- Almacenamiento de medicamentos y dispositivos médicos. Esta área debe garantizar que los medicamentos e insumos se almacenen en condiciones adecuadas de:
- Temperatura
- Humedad
- Ventilación
- Segregación (clasificación y separación)

- Seguridad
- Adecuadas para cada tipo de medicamento e insumos médicos de acuerdo con las condiciones definidas por el fabricante.

- Debe disponer de áreas seguras para la ubicación del vehículo de transporte sanitario (ambulancia).
 - Dada la dinámica de las emergencias médicas, es necesario ubicar las ambulancias en sitios estratégicos, con el fin de dar la mayor cobertura del servicio; por lo cual, se considerarán como posibles bases físicas; además de los establecimientos fijos de salud del Ministerio de Salud Pública, a Unidades de Policía Comunitaria (UPC), cuarteles de bomberos, Centros del Servicio Integrado de Seguridad ECU 911, puestos de auxilio en carretera de la Comisión de Tránsito del Ecuador (CTE), Gobiernos Autónomos Descentralizados (GAD2's). Cabe destacar que estas instancias deberán cumplir con las condiciones mínimas requeridas.

En el caso de las ambulancias de transporte secundario, la base física estará ubicada en los establecimientos de salud al que se encuentren ancladas; para lo cual, el establecimiento deberá identificar un espacio físico que cuente con los requisitos detallada previamente.

• **Telecomunicaciones**

En el caso de las ambulancias para transporte primario, cada una de estas deberá estar provista de un equipo de comunicaciones basado en la plataforma de radiocomunicaciones del Sistema Nacional Troncalizado para Emergencias, homologado en protocolo APCO-25; o equipos de comunicaciones y dispositivos convencionales homologados e integrados a los centros operativos del Servicio Integrado de Seguridad ECU-911, así mismo contará con un sistema de geo posicionamiento; indispensable para la comunicación e integración prioritaria de los usuarios autorizados en situaciones de emergencia y desastre.

En el caso de los establecimientos de salud, estos deberán disponer de un espacio adecuado para instalar, mantener y operar; tanto técnica como administrativamente los sistemas de radio entregados por el proyecto Mi Emergencia, que permita atender y gestionar los requerimientos del Servicio Integrado de Seguridad ECU-911, así como la gestión del transporte secundario.

Esta central de radio deberá ser operativizada cerca a la estación de enfermería del servicio de emergencia, y en el caso de establecimientos de salud de segundo y tercer nivel deberá contar con radio operadores para correcto funcionamiento.

• **Lineamientos generales**

Todos los vehículos de transporte sanitario, sea cual fuere su tipología, deberán cumplir con las siguientes exigencias, sin perjuicio de los establecido por la Agencia Nacional de Tránsito Transporte Terrestre y Seguridad Vial, la Dirección General de Aviación Civil y las organizaciones pertinentes para los permisos de navegabilidad en Ecuador. Para el buen uso de las ambulancias, se observarán los siguientes lineamientos:

- Todas las ambulancias, deberán asegurar el servicio las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana.
- Las ambulancias destinadas para el transporte y el soporte vital serán utilizadas únicamente para el traslado de pacientes, cuya condición clínica ponga en riesgo su vida o imposibilite el traslado por sus propios medios, dado que puede afectar la condición del paciente.
- Se prohíbe el uso de las ambulancias para otros fines, tales como:
 - Traslado de personal del establecimiento de salud y/o terceras personas.
 - Uso personal de pacientes.
 - Traslado de pacientes que no ameriten este tipo de transporte, según el tipo de asistencia de cada vehículo de transporte y soporte vital.
 - Demás actividades que no contemplen el objetivo de la atención.
- Los vehículos no podrán ser conducidos por personas diferentes a las que se encuentran autorizadas y asignadas para esta labor; así como, tampoco se trasladarán personas particulares que no tengan relación con el paciente que se traslada en la ambulancia.
- Cada vehículo deberá llevar un registro de la higienización del mismo, manteniendo permanentemente buenas condiciones de asepsia y antisepsia.
- En cada ambulancia se deberá realizar la verificación permanente del equipo médico que así lo amerite, tales como: los tanques de oxígeno, equipo biomédico entre otros, que garanticen la óptima atención al/los paciente/s.

2.5.2 Unidades móviles de salud

2.5.2.1 Generalidades de la gestión

• **Talento Humano**

El alcance de la intervención de la unidad comprende a toda la población de la comunidad que demande el acceso al servicio prestado, a la cual se le atenderá y se le definirá si la prestación de atención y/o de promoción de salud, puede realizarla el mismo equipo o si puede ser remitido a un nivel mayor de complejidad. Se podrá planificar las acciones de promoción con énfasis en las diferentes etapas del ciclo vital, así se harán actividades integrales de acuerdo al ciclo vital.

Tabla 23. Profesionales de la salud de las unidades móviles de salud.

Unidad Móvil General	
Profesionales sanitario	Características/atribuciones
Médico/a general o familiar	Profesional médico responsable de coordinar y controlar la calidad de los procesos asignados en la gestión operativa de la unidad, también es el responsable de brindar atención de morbilidad aplicando protocolos establecidos, refiere pacientes si el caso lo amerita. Planifica y ejecuta actividades de promoción, a través de la educación, al individuo, la familia y la comunidad, conjuntamente con el equipo de salud de la unidad.
Odontólogo/a	Profesional odontólogo responsable de coordinar y controlar la calidad de atención de los procesos relacionados con salud bucal, proporciona atención odontológica, preventiva, curativa, de rehabilitación y de promoción a la población. Participa y apoya en la planificación y cumplimiento de actividades de promoción y prevención a la comunidad con el resto del equipo.
Psicólogo/a	Profesional de psicología que trabaja en la atención, detección y tratamiento de problemas de salud mental, violencia intrafamiliar y de género, según los protocolos normalizados y realiza referencia a niveles de mayor complejidad según sea el caso. Efectúa atención psicológica en general.
Enfermeras/o	Profesional que se encarga de la gestión de enfermería en la unidad se responsabiliza del programa de inmunizaciones. Participa y apoya en las actividades de promoción y educación al individuo, la familia y la comunidad, y en la evaluación del plan operativo.
Operador de la unidad móvil	Profesionales de la conducción de vehículos autorizados por la autoridad competente en el Ecuador, con entrenamiento adicional en lo que se refiere a manejo de este tipo de unidad. Responsable de mantenimiento, custodia y seguridad del vehículo, es parte del equipo de salud que apoya en la programación y ejecución de actividades
Responsable de la unidad	Puede ser uno de los profesionales de la unidad y es responsable a más de sus funciones de gerenciar los procesos sobre la operatividad y funcionamiento de la Unidad.
Unidad Móvil Quirúrgica	
Profesionales sanitario	Características/atribuciones

Médico/a especialista en cirugía general	Profesional con capacitación y entrenamiento en actividades y servicio de su especialidad quirúrgica, brinda atención médica y quirúrgica conjuntamente con el equipo de salud de la unidad en base a guías y protocolos del Ministerio de Salud Pública, previa planificación
Médico/a especialista en anestesiología	Profesional con capacitación y entrenamiento en actividades y servicio de su especialidad en la administración y selección de la anestesia aplicada al paciente quirúrgico, brinda atención pre y post operatorio y reporta las cirugías realizadas.
Médico/a general o familiar	Profesional médico de apoyo en la atención quirúrgica, en los procesos administrativos de la gestión y otras actividades asignadas por el responsable de la unidad.
Enfermera/o instrumentista	Profesional con capacitación y entrenamiento específico como enfermera instrumentista, y brinda al paciente quirúrgico los cuidados de enfermería en base a protocolos y guías del Ministerio de Salud Pública.
Enfermeras/o	Profesional de enfermería que dirige y coordina la gestión de los cuidados de los pacientes atendidos en la unidad móvil quirúrgica, proporcionándoles de acuerdo con las indicaciones médicas y criterios de buena práctica profesional y de forma integral, resolución rápida y efectiva de los problemas de salud de los pacientes.
Técnico/a en laboratorio	Profesional con capacitación y entrenamiento en los programas del Ministerio de Salud Pública que demuestre su competencia, para realizar análisis de estudios básicos de laboratorio clínico previa valoración quirúrgica y otras actividades asignadas por el responsable de la unidad.
Operador de la unidad móvil	Profesionales de la conducción de vehículos autorizados por la autoridad competente en el Ecuador, con entrenamiento adicional en lo que se refiere a manejo de este tipo de unidad. Responsable de mantenimiento, custodia y seguridad del vehículo, es parte del equipo de salud que apoya en la programación y ejecución de actividades.
Responsable de la unidad	Puede ser uno de los profesionales de la unidad y es responsable a más de sus funciones de gerenciar los procesos sobre la operatividad y funcionamiento de la Unidad.
Unidad Móvil Diagnóstico Oncológico	
Profesionales sanitario	Características/atribuciones
Médico/a Especialista en Gineco- Obstetricia	Profesional con capacitación y entrenamiento en actividades y servicio de su Especialidad en gineco-obstetricia, brinda atención médica y ginecológica y realiza actividades de promoción, educación conjuntamente con el equipo de salud de la unidad en base a guías y protocolos del Ministerio de Salud Pública, previa planificación y es el responsable de gerenciar la operatividad y funcionamiento de la unidad.
Médico/a Especialista en Imagenología	Profesional con capacitación y entrenamiento específico en atención sobre la especialidad en imagenología, ecografía, análisis de imagen de mamografía y rayos x, previa planificación con el equipo de salud de la unidad.
Técnico/a en Rayos x	Profesional con capacitación y entrenamiento específico en realizar estudios de imagenología, que incluye examen mamográfico y rayos x a pacientes según indicación médica y en base a lo estipulado en la normativa técnica de las unidades móviles.
Enfermeras/o	Dirigir y coordinar la gestión de los cuidados de los pacientes atendidos en la unidad móvil oncológica, encargada de brindar atención de enfermería y cuidado directo del individuo sano, enfermo, ambulatorio y realiza funciones de enfermería inherentes a su competencia y campo de actividad.
Operador de la unidad móvil	Profesionales de la conducción de vehículos autorizados por la autoridad competente en el Ecuador, con entrenamiento adicional en lo que se refiere a manejo de este tipo de unidad. Responsable de mantenimiento, custodia y seguridad del vehículo, es parte del equipo de salud que apoya en la programación y ejecución de actividades

Fuente: Elaborado por la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles.

En el caso de las unidades móviles generales, como apoyo del modelo se integran los Técnicos de Atención Primaria de Salud -TAPS-, estableciendo en cada comunidad un canal de comunicación con el equipo. Se prevé que los Técnicos de Atención Primaria de Salud realicen acciones de canalización de la demanda, y realicen acciones primarias en el ámbito de la vigilancia epidemiológica.

El equipo de salud por la importancia del trabajo desempeñado en el área rural de difícil acceso y en lugares donde no existen servicios de salud fijos especialmente en las parroquias de quintiles 1 y 2; así como, en sectores urbano marginales excluidos de los servicios de salud con gran crecimiento poblacional, los profesionales son exclusivos de las unidades móviles y **no deben ser trasladados ni reubicados en unidades fijas** por ningún motivo, garantizando de esta manera la permanencia de todo el equipo de salud y la atención a la población más necesitada y el desarrollo de las actividades planificadas. Cualquier cambio por situaciones de emergencia será previo criterio técnico y disposición de autoridades nacionales.

• Criterios de distribución

Para la distribución de unidades móviles de salud, se tomaron en cuenta una serie de criterios, que se detallan en la Tabla 24.

Tabla 24. Criterios de distribución de las unidades móviles de salud en el territorio.

Criterio	Características
Población demandante y proyectada	Población de extrema pobreza rural con el 31,7 % Población de extrema pobreza urbana con el 7,5 % índice de acceso a los servicios de salud urbano con menos del 10% Índice de acceso a los servicios de salud rural con menos del 30%
Perfil epidemiológico	Perfil en el primer nivel de atención
Accesibilidad	Accesibilidad geográfica Accesibilidad económica Accesibilidad cultural
Capacidad instalada	Cartera de servicios de salud
Oferta de servicios	Primer nivel Segundo nivel
Reserva estratégica	Situaciones de contingencias Emergencias y desastres
Proceso de monitoreo, supervisión y evaluación.	-

Fuente: Elaborado por la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles.

• Criterios de movilización

Unidades móviles generales

- Localidades que no tienen cobertura efectiva de servicios de salud por su ubicación geográfica y dispersión poblacional
- Localidades de alta y muy alta marginación de acuerdo al "índice de pobreza extrema parroquias de quintiles 1 y 2",
- Localidades rurales y urbano-marginales con índice de extrema pobreza en las 23 provincias
- Localidades en los distritos de salud que no existe unidades operativas fijas
- En situaciones de contingencias como emergencias epidemiológicas, desastres naturales y concentraciones masivas de población; dicha movilización será coordinada por la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles y Dirección Nacional de Gestión de Riesgos.
- Cronograma de movilización aprobada por el Distrito de Salud y/o Coordinación Zonal.

- Unidades móviles quirúrgicas

- Alto porcentaje de cirugías ambulatorias represadas en las coordinaciones zonales.
- Atención quirúrgica en cantones de los Distritos de salud que no disponen de hospitales básicos.
- Atención en unidades hospitalarias como apoyo en el área quirúrgica, previo los siguientes requisitos:
 - Plan de contingencia que justifique la presencia de la unidad
 - Tiempo de permanencia en el hospital
 - Tipo de cirugías
 - Cronograma mensual, o del tiempo de permanencia
 - Necesidad de talento humano en caso de requerirse
 - Lugar de ubicación y seguridades
 - Garantía de instalaciones básicas para los servicios de energía eléctrica y abastecimiento de agua, así como eliminación de desechos.
 - Autorización de la Coordinación Zonal o Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles cuando se trate de otra coordinación.
- Atención durante situaciones de contingencias como emergencias epidemiológicas, desastres naturales y concentraciones masivas de población; dicha movilización será coordinada por la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles y Dirección Nacional de Gestión de Riesgos.

Unidades móviles de diagnóstico oncológico

Atención en provincias de mayor prevalencia de cáncer de mama y útero.
Localidades que no tienen cobertura efectiva de servicios de salud en prestaciones de prevención y promoción en apoyo al diagnóstico oncológico de útero y mama en mujeres, así como detección oportuna de otras tumoraciones.
Campañas masivas de prevención de cáncer de útero y mama, y promoción de detección oportuna de tumoraciones a nivel nacional, previa autorización de la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles.

• Cobertura de atención

Las unidades móviles de salud deben atender en los lugares planificados de acuerdo a la demanda existente de la población en general, por ciclo de vida y en función del Modelo de Atención Integral de Salud, Familiar y Comunitario-MAIS FC-.

• Jornada laboral

Las unidades móviles deben atender en los lugares a ser visitados la jornada ordinaria cada día (8 horas efectivas de trabajo), por lo tanto el responsable de la unidad realizará el cronograma de salidas que será aprobado por la coordinación zonal y/o distrito de salud, coordinar con las unidades fijas y autoridades locales, para el respectivo traslado del equipo de salud y del vehículo, así como el reconocimiento de la movilización en base a la normativa legal. En situaciones de emergencia el horario será de acuerdo a lo establecido en el plan de contingencia.

• Sistema de información

El abordaje asistencial de la comunidad será apoyado por un sistema de información a través del cual se realizará el registro de todas las actividades de promoción y prevención y asistenciales, utilizando los instrumentos del MSP.

Aunque para el personal de salud puede ser obvio que la asesoría brindada al usuario/a es una prestación, es necesario que esta información quede registrada en el parte diario, así como es importante registrar y visibilizar los casos de violencia basada en el género, las Infección de Transmisión Sexual (ITS), métodos anticonceptivos y sexualidad.

Documentos indispensables para el sistema de información:

- Historia clínica (HCL)
- Análisis y reporte de la información
- Registro diario de consultas de atenciones ambulatorias (RDACAA)
- Formulario 002 Motivo de Consulta, enfermedad actual
- Formulario 005 Evolución y prescripciones
- Formulario 033 Anamnesis y Examen Físico
- Formulario 022 Administración de Medicamentos
- Formulario SNS-MSP/HCU-For. 006/2008 Epicrisis
- Formulario MSP_HCU-form.017 Protocolo de operación
- Formulario MSPJHCU-form 018 Registro de anestesia e intervenciones quirúrgicas
- Formulario SNS-MSP/HCU-For. 024/2008 Consentimiento informado
- Formulario 053
- Matriz de reporte mensual de actividades y gestión

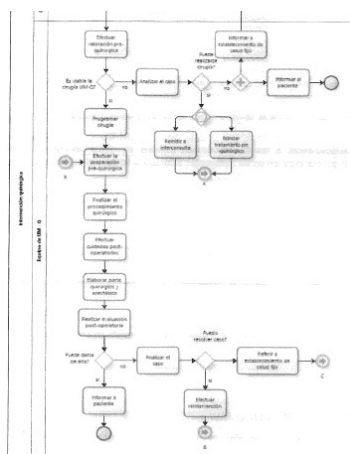
2.5.2.2 Atención en la unidad móvil general

Las unidades móviles generales se encuentran ancladas a los distritos de salud, de acuerdo a lo establecido previamente; no obstante, su cobertura de atención se extiende a un territorio específico asignado que se detalla en el Anexo IV, en situaciones normales de funcionamiento; dado que en emergencias y desastres, la distribución de las mismas obedece a las necesidades del evento.

La planificación de las actividades a realizarse por la unidad móvil general deberá estar enfocada a la atención sanitaria en las parroquias pertenecientes a los quintiles 1 y 2, priorizadas de acuerdo al alcance de cobertura. En la Tabla 25 a continuación, se detallan los distritos de anclaje de las unidades móviles generales.

Tabla 25. Ubicación y anclaje de las UWI-G.

CZ	Provincia	No.	Denominación	Distrito de anclaje
	Carchi	1	UMG 1 Carchi	1071 - Dirección Distrital 04D01 - San Pedro de Huaca Tulcán - Salud



Las Coordinaciones Zonales de anclaje de las Unidades Móviles-Q se detallan en la Tabla 26.

Tabla 26. Ubicación y anclaje de las unidades móviles quirúrgicas.

CZ	Provincia	Denominación	Dependencia de anclaje
1	Sucumbios	Unidad móvil quirúrgica de Sucumbios	1530 - Hospital Provincial Dr. Marco Vinicio Iza
3	Chimborazo	Unidad móvil quirúrgica de Chimborazo	0053 - Coordinación Zonal 3 - Salud
4	Santo Domingo de los Tsáchilas	Unidad móvil quirúrgica de Santo Domingo	1605 - Hospital General Santo Domingo
6	Azuay	Unidad móvil quirúrgica de Azuay	0056 - Coordinación Zonal 6 - Salud
7	El Oro	Unidad móvil quirúrgica de El Oro	1139 - Dirección Distrital 07D04 - Balsas-Marcabell-Pinas
8	Guayas	Unidad móvil quirúrgica de Guayas	0058 - Coordinación Zonal 8 - Salud

Fuente: Elaborado por la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles.

2.5.2.4 Atención en la unidad móvil de diagnóstico oncológico

Las unidades móviles de apoyo al diagnóstico oncológico se encuentran ancladas administrativamente a las Coordinaciones Zonales de Salud, desde las cuales se efectuará la planificación de las actividades a cumplir a fin de que las mismas se orienten a cubrir todo el territorio a su cargo.

Las Coordinaciones Zonales de anclaje de las unidades móviles de diagnóstico oncológico se detallan en la Tabla 27.

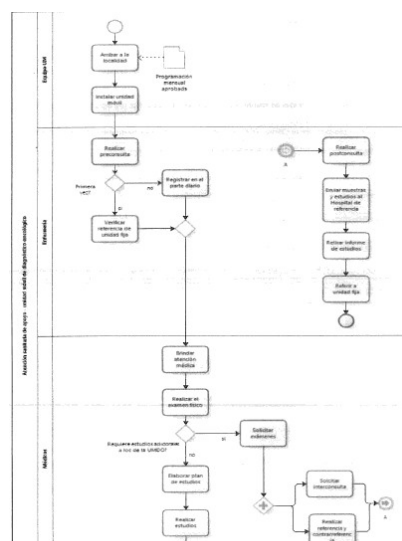
Tabla 27. Ubicación y anclaje de las unidades móviles de diagnóstico oncológico.

CZ	Provincia	No.	Denominación	Dependencia de anclaje I
8	Guayas	1	Unidades móviles de diagnóstico oncológico Guayas	0058 - Coordinación Zonal 8 - Salud
9	Pichincha	1	Unidades móviles de diagnóstico oncológico Pichincha	0059 - Coordinación Zonal 9 - Salud

Fuente: Elaborado por la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles.

En la Figura 17 se establece el flujo a seguir para la atención en este tipo de unidades.

Figura 17. Flujograma para atención sanitaria de las UM-DO.



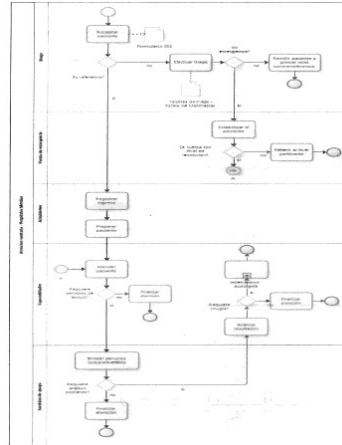
2.5.3 Hospitales móviles

2.5.3.1 Atención básica

En el caso de la atención básica, los hospitales móviles contarán con una cartera mínima de servicios. La atención en consulta externa se detalla en la Figura 18, este proceso se aplicará tanto para el escenario de atención básica de los hospitales móviles, como en los casos en los que se encuentre prestando contingente.

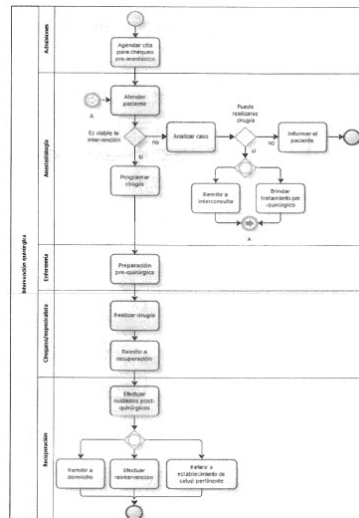
Figura 18. Flujoograma de atención en consulta externa de los hospitales móviles

Fuente: Elaborado por la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles.



En el caso de las intervenciones quirúrgicas en los hospitales móviles se efectuará de acuerdo al flujoograma descrito a continuación.

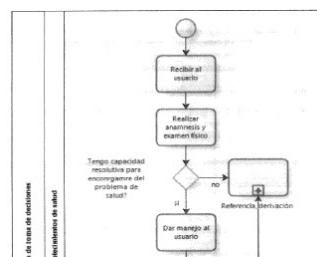
Figura 19. Flujoograma de intervenciones quirúrgicas en los hospitales móviles.

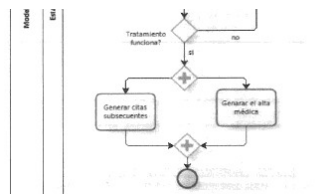


En los casos de toma de decisiones clínicas en los hospitales móviles se aplica el flujoograma de la Figura 20, a partir del cual se activa el proceso de referencias, derivaciones, contrarreferencias, referencia inversa y transferencias de acuerdo a la necesidad.

Cabe destacar que en el caso de los hospitales móviles, siendo la atención de consulta externa relativa a especialidades quirúrgicas, en casos de contingencia, no corresponden las consultas subsecuentes.

Figura 20. Flujoograma de toma de decisiones clínicas.





2.5.3.2 Contingencia

En los casos en que se requiera movilizar los hospitales móviles, en el marco de prestar una contingencia, ya sea a un establecimiento de salud o aun territorio específico, se requiere que la coordinación zonal, dentro del marco de la solicitud de movilización, cumpla con los requisitos descritos a continuación:

- La estimación de la producción del hospital móvil, en el marco de la contingencia, deberá cumplir con estándares mínimos de productividad, de acuerdo a lo establecido por la Dirección Nacional de Normatización del Ministerio de Salud Pública.

- Consulta externa:

20 minutos en pacientes de primera consulta.

15 minutos en pacientes subsecuentes.

Se deberán manejar, en promedio, entre 3 y 4 pacientes por hora por especialidad.

- Cirugías: 4 cirugías diarias como mínimo.

- La contingencia deberá durar mínimo 6 meses y un máximo de 2 años.

Se deberá garantizar la provisión de recursos necesarios en el marco de la contingencia, desde la coordinación zonal y nacional, en los casos que las zonas no cuenten con este presupuesto.

- Medicamentos y dispositivos médicos.

- Personal de salud.

Se deberá contar con el espacio apropiado para la movilización, previamente aprobado por la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles.

En la modalidad de contingencia, la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles analizará la producción del hospital móvil (mensualmente), con el fin de verificar que se cumplan con los estándares mínimos de producción.

En el caso de la modalidad de contingencia, para el funcionamiento de los servicios a implementarse se contará para la atención con el personal del establecimiento de salud al que se le prestará apoyo en las áreas designadas a funcionar en el hospital móvil.

Siempre que el lugar de la contingencia, sea en un cantón distinto al que pertenece administrativamente el hospital móvil, el personal percibirá valores adicionales enmarcados en la figura de viático por residencia, para lo cual se deberá seguir el proceso que se detalla en la normativa correspondiente.

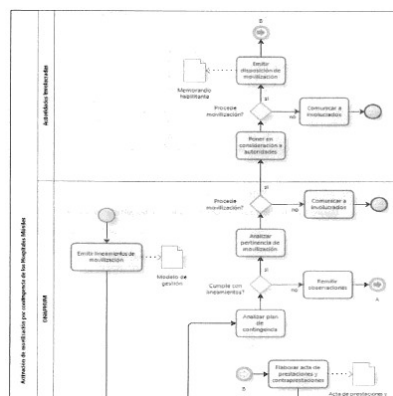
En el caso de requerir personal adicional, la coordinación zonal solicitante, deberán efectuar las gestiones pertinentes para solicitar profesionales de la salud de las especialidades requeridas dentro del área de influencia o zonas aledañas.

En los casos excepcionales en los que se requiera contratar personal adicional, se efectuará el reclutamiento con personal perteneciente a la localidad, de no existir el mismo se efectuará la respectiva contratación de personal captado a nivel nacional; esta opción se aplicará únicamente después de que se hayan agotado todas las opciones de contratación a nivel local. Se pagará viático por residencia en los casos que corresponda conforme al Reglamento Interno para el pago de Viáticos, Movilizaciones, Subsistencias y Alimentación para las Autoridades, Servidores/as y Trabajadores/as del Ministerio de Salud Pública y Entidades Operativas Desconcentrada, para el cumplimiento de Licencias de Servicios Institucionales, expedido mediante 4 Acuerdo Ministerial No. 3099, publicado en el Registro Oficial Suplemento No. 928 de 8 de abril de 2013. Los profesionales de la salud deberán ser contratados desde el establecimiento de salud al que se está prestando contingente o desde el distrito de salud en el que se encuentre ubicado el hospital móvil. Los procesos de contratación deberán ser ejecutados de conformidad a lo establecido en la Ley Orgánica del Servicio Público y Código del Trabajo.

- **Activación de los Hospitales Móviles**

Figura 21. Flujograma de activación de los hospitales móviles.

Fuente: Elaborado por la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles.



Recursos	Detalle
Humanos	- Personal de mantenimiento especializado. - Cuadrilla con experiencia en el repliegue y despliegue (10 personas contratadas para esta actividad específica) - Personal de los hospitales móviles: • Choferes de tráiler. • Personal de servicios varios. • Personal de seguridad.
Suministros	- Diesel. - Gas. - Oxígeno. - Agua/ acometida de agua. - Cableado eléctrico - transformador. - Baterías sanitarias, en caso de que no existan las fijas. - Lavabos portátiles. - Medicamentos. - Alimentos no perecibles. - Material de oficina -documentación clínica. - - Material de limpieza.
Adicionales	- Montacargas (capacidad -1 tonelada) - Contenedor y cabezal. - Materiales varios: cinta embalaje, lonas, tomacorrientes, etc.

Página 37 de 53

afectada, se denomina desastre.(26)

De acuerdo al artículo 24 del Reglamento a la Ley de Seguridad Pública y del Estado, la coordinación de acciones tendientes a la reducción de riesgos, y a la respuesta y recuperación en situaciones de emergencia y desastre en su territorio, corresponde a los Comités de Operaciones de Emergencia -COE-, los cuales son instancias interinstitucionales que operarán bajo el principio de descentralización subsidiaria, que implica la responsabilidad directa de las instituciones dentro de su ámbito geográfico, como lo establece el artículo 390 de la Constitución de la República del Ecuador.(27)

En este contexto, será el Comité de Operaciones de Emergencia (COE) (sea éste nacional, provincial o cantonal) quien determinará el requerimiento de recursos, dentro de los cuales se incluyen a las ambulancias, las unidades móviles y los hospitales móviles; a través de la Mesa Técnica No. 2 - Salud, Saneamiento e Higiene. El requerimiento deberá ser levantado a partir de la Evaluación de Daños y Análisis de Necesidades en Salud(EDAN salud), documento a ser levantado por el equipo de pronta respuesta de salud en la zona del evento. No obstante, la competencia de la movilización de recursos del servicio de atención de salud móvil estará a cargo directamente del Ministerio de Salud Pública. Se reúne el Comité de Operaciones de Emergencia Institucional, analiza la información otorgada de la sala de situación, a partir de lo cual evalúa el impacto y la evolución progresiva del evento y define los recursos necesarios.

Una vez establecida la necesidad de recursos del servicio de atención de salud móvil por parte del Comité de Operaciones de Emergencia Institucional de Salud, liderado por la Máxima Autoridad; se procederá a realizar la gestión pertinente de acuerdo a cada uno de los ejes planteados en el presente documento y estarán orientados a cumplir con los siguientes objetivos de la organización de la atención sanitaria en este tipo de contextos(28):

- Evitar la extensión de los efectos sobre la salud de la población en el desastre.
- Controlar el escenario de acuerdo a la evolución del evento.
- Realizar un triage inicial sencillo y rápido.
- Proporcionar soporte vital básico.
- Situar a los pacientes en las mejores condiciones de evacuación.
- Evacuar a los afectados de manera ágil, oportuna y ordenada.
- Derivar a los afectados a los centros sanitarios adecuados.
- Proporcionar atención médica de acuerdo al nivel de resolución.

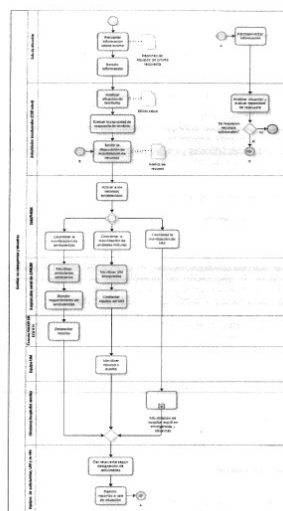
La atención a las víctimas de emergencias o desastre se desarrolla generalmente en dos tiempos:

- i. En el lugar del suceso o punto de impacto, donde es habitual que exista un alto nivel de desorganización e improvisación.
- ii. Un segundo tiempo en los puntos de asistencia definitivos, generalmente con mayor nivel organizativo y con tratamiento de las víctimas de forma individual.

Dependiendo de la magnitud del desastre se emplearán recursos del servicio de atención de salud móvil en los dos tiempos descritos. En una primera línea de acción se tendrán a las ambulancias, tanto de atención pre-hospitalaria como de transporte secundario. Las unidades móviles generales y quirúrgicas se ubicarán en inmediaciones cercanas al punto de ocurrencia. De ser necesario se contará con los hospitales móviles, como punto de asistencia definitiva. En este marco, se constituirá un complejo sanitario móvil que funcionará de forma sistemática y articulada.

Además, de requerirse se movilizará recursos de las unidades móviles y hospitales móviles para atención in situ en el lugar mismo del suceso; el personal deberá tener entrenamiento en primeros auxilios y rescate. En la Figura 22, se describe el proceso general a seguir por el servicio de atención de salud móvil en los casos de emergencias y desastres.

Figura 22. Flujograma de activación servicio de atención de salud móvil en los casos de emergencias y desastres.



Fuente: Elaborado por la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles.

2.6.1 Servicio de ambulancias

Las ambulancias pre-hospitalarias se activarán a través de las consolas de salud en los Centros del Servicio Integrado de Seguridad ECU 911. Una vez se haya rebasado la capacidad local, se procederá a efectuar la movilización de ambulancias cercanas al lugar de ocurrencia, sin perjudicar el sistema de atención pre-hospitalaria de la localidad.

La disposición de movilización se efectuará a través de la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles; y, tendrá alcance tanto para las ambulancias de transporte primario como transporte secundario tanto público, como privado,

El servicio de ambulancias estará encargado de actividades en el área inmediata al punto mismo del suceso. La atención principal consistirá en efectuar el triage de las víctimas, tratar las urgencias extremas y trasladar a los pacientes a las zonas establecidas para su atención de acuerdo a las lesiones y distancias a los establecimientos de

salud. Además, deberán prestar primeros auxilios antes del traslado, especialmente aquellas de alta prioridad.

2.6.2 Unidades móviles de salud

En caso de requerirse unidades móviles de salud, se movilizarán en orden de prioridad de acuerdo a la cercanía de las mismas al lugar de ocurrencia del desastre o emergencia.

En los casos en que las unidades móviles de salud pertenezcan a una zona diferente al lugar del desastre; la disposición de movilización se efectuará desde la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles y los gastos de movilización es responsabilidad de la Zona y o Distrito al cual están ancladas.

En desastres, las unidades móviles generales y quirúrgicas se ubicarán en inmediaciones cercanas al punto de ocurrencia del evento, definidas para tal fin. Se deberá considerar para su ubicación condiciones de seguridad, que eviten exposición a riesgos como caída de objetos, deslizamientos de tierra, etc.

Las atenciones brindadas en las unidades móviles serán de acuerdo a su cartera de servicios; en caso de ser necesario se prestará apoyo en actividades de triage y evacuación de víctimas.

Las unidades móviles quirúrgicas funcionarán a su máxima capacidad y podrán ampliar sus prestaciones de servicios de acuerdo a la especialización de los profesionales de la salud disponibles.

2.6.3 Hospitales móviles

Para la movilización de los Hospitales Móviles en la modalidad de emergencia, se deberán cumplir con los requisitos descritos a continuación:

- Espacio apropiado para la movilización.
- Disposición de la Máxima Autoridad.

En estos casos los hospitales móviles podrán ofertar sus servicios en el contexto de varias modalidades de funcionamiento, entre las principales se encuentran:

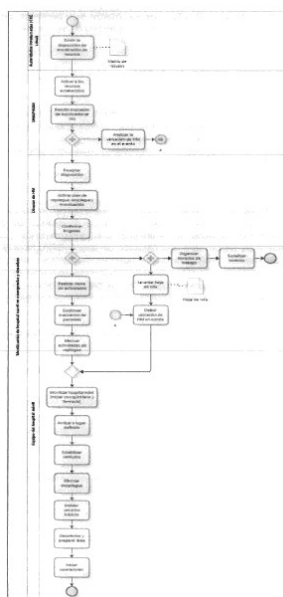
- Complementar la atención clínica - quirúrgica de otro establecimientos de salud, o servir como unidad satélite en el caso de que dichos establecimientos hayan resultado con daño por los eventos y se encuentren inoperables, hasta que éstos reanuden sus actividades.
- Efectuar actividades de triage y atención en emergencia.
- Brindar atención ambulatoria y hospitalaria en el sitio próximo al evento. Los procedimientos a llevarse a cabo irán desde mínima a alta complejidad; de acuerdo al equipamiento y profesionales especialistas disponibles.
- Brindar soporte médico primario a pacientes evacuados; por lo cual, se ubicarán junto a áreas de refugios.
- Para pacientes ambulatorios y no ambulatorios que requieren procedimientos de descontaminación.

Los hospitales móviles tienen aplicaciones en eventos como incidentes por riesgo biológico, esto incluye actividades de atención en la necesidad de cuarentenas por exposición a sustancias tóxicas o pacientes con enfermedades contagiosas. Se garantizará un ambiente seguro con una filtración de aire (HEPA) filtrada a 0.3 micrones, lo que permite un ambiente protegido contra agentes biológicos y químicos. Se dispone de 11 unidades para este tipo de atención. Adicionalmente, la infraestructura y materiales de los hospitales móviles, junto con la carpa, permiten procedimientos de descontaminación con ingreso y egreso controlado a través de la estructura de la carpa desplegada.

En la Figura 23 se describe la activación y respuesta de los hospitales móviles en el marco de emergencias y desastres.

Figura 23. Flujograma de activación y respuesta de los hospitales móviles en emergencias y desastres.

Fuente: Elaborado por la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles.



2.6.4 Estrategias generales de organización y operación

Una vez establecido el requerimiento de recursos pertenecientes al servicio de atención de salud móvil; se procederá a emitir la disposición de movilización de los mismos,

desde la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles para unidades móviles y ambulancias; y, desde la Máxima Autoridad en el caso de los hospitales móviles.

2.6.4.1 Planificación y Control de la Gestión

Una vez emitida la disposición de movilización, se procederá a activar al equipo de la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles para coordinar las actividades necesarias, designadas de acuerdo al cargo y perfil de cada miembro del equipo.

El/la Director/a Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles y los Coordinadores de las Gestiones Internas de la Dirección, procederán a reunirse en las instalaciones del Centro del Servicio Integrado de Seguridad ECU 911 ubicado en Quito, en conjunto con las autoridades competentes de las demás Direcciones Nacionales del Ministerio de Salud Pública, de acuerdo al nivel de desastres y a las acciones a tomarse. Además, se coordinará de forma articulada con el Servicio Integrado de Seguridad ECU 911.

Se movilizarán a los miembros del equipo de la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles necesarios a la localidad de la emergencia o desastre, en donde se procederá a efectuar la coordinación necesaria con los equipos de pronta respuesta activados, el personal de las ambulancias, unidades móviles y hospitales móviles, autoridades locales, etc.; con el fin de optimizar la utilización de recursos y articular las acciones respectivas entre los componentes del servicio de atención de salud móvil, en el marco de las directrices y lineamientos emitidos desde la Dirección Nacional de Gestión de Riesgos.

2.6.4.2 Gestión de talento humano

En el caso de emergencias y desastres, para el funcionamiento ambulancias, unidades móviles y hospitales móviles; se movilizarán a los profesionales de la salud necesarias dentro del área de influencia o zonas aledañas,

En el caso de que las emergencias y desastres se produzcan en un cantón distinto al que pertenece administrativamente el hospital móvil, el personal perteneciente al mismo percibirá valores adicionales enmarcados en la figura de viáticos hasta los 2 primeros meses de la emergencia; de persistir la emergencia y/o desastre, se acogerá a la figura de bono de residencia, para lo cual se deberá seguir el proceso que se detalla en la normativa correspondiente. En estos casos la contratación del personal adicional estará a cargo de la zona donde ocurra la emergencia; a través de los establecimientos o distritos de salud de su jurisdicción.

Para un adecuado funcionamiento del servicio de atención de salud móvil en emergencias y desastres, se procederá a conformar equipos de respuesta sanitaria, únicamente en los casos en que no se declare el estado de excepción. Para la formación de los equipos se efectuará un llamamiento de profesionales de la salud pertenecientes al Ministerio de Salud Pública a nivel nacional; los equipos estarán integrados por voluntarios, los cuales recibirán la capacitación necesaria para la acción en este tipo de escenarios. Los equipos de respuesta sanitaria percibirán viáticos de acuerdo a lo detallado en el párrafo anterior. En este contexto, desde las Unidades de Administración de Talento Humano de las Entidades Operativas Desconcentradas (EOD) donde prestan sus servicios los profesionales que serán voluntarios, deberán elaborar un informe técnico al respecto. Cabe mencionar que desde la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles, se establecerán los perfiles de los profesionales de salud requeridos para los equipos, los mismos que irán acorde con el servicio a prestarse. Además, para la conformación de los equipos se tomará en cuenta la no afectación del abastecimiento del servicio del establecimiento del Ministerio de Salud Pública en el que se encuentran laborando los profesionales.

2.7 Definición de procesos administrativos

La definición y ejecución de procesos administrativos se efectuará de acuerdo al anclaje administrativo determinado para cada uno de los establecimientos de salud que conforman el servicio de atención de salud móvil (ambulancias, unidades móviles y hospitales móviles); el anclaje se resume en la Tabla 29.

Tabla 29. Anclaje de los establecimientos de salud del servicio de atención de salud móvil

Modalidad	Clasificación	Anclaje
Servicio de ambulancias	Transporte primario	Distrito de salud
	Transporte secundario	Establecimiento de salud (Centro de salud tipo C/ Hospital)
Servicio ambulatorio móvil de atención y apoyo	Unidad móvil general	Distrito de salud
	Unidad móvil quirúrgica	Coordinación zonal de salud
	Unidad móvil de diagnóstico oncológico	Coordinación zonal de salud
	Hospital móvil	Coordinación zonal de salud (los hospitales móviles funcionan como Entidad Operativa Desconcentrada - EOD-)

Fuente: Elaborado por la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles.

De acuerdo al anclaje determinado, la Coordinación General Administrativa Financiera, deberá emitir los lineamientos y directrices respectivas, con el fin de que los niveles desconcentrados a los cuales se encuentran anclados cada uno de los componentes del servicio de atención de salud móvil, efectúen los procesos administrativos y financieros necesarios; en el marco del Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por

Procesos del Ministerio de Salud Pública, para garantizar la operatividad y normal funcionamiento de las ambulancias, unidades móviles y hospitales móviles a nivel nacional. Entre los principales procesos administrativo financieros se encuentran:

- Efectuar el trámite de documentos habilitantes (matrículas, seguros, etc.)
- Realizar el mantenimiento preventivo y correctivo de los vehículos sanitarios a su cargo, ya sean estas ambulancias o unidades móviles.
- Provisión de recursos (combustible, lubricantes, materiales de oficina, etc.)
- Dotación del talento humano requerido.
- Supervisión del cumplimiento de procesos administrativos financieros.

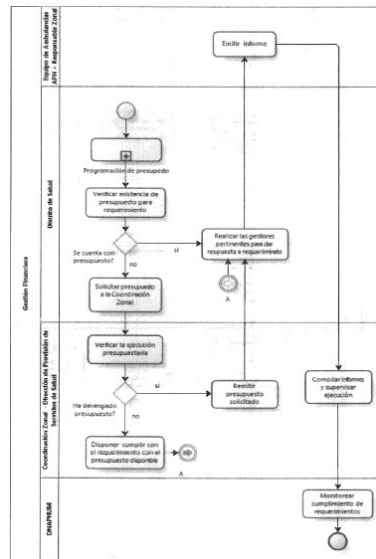
En cuanto a la adquisición y dotación de medicamentos y dispositivos médicos, se seguirán los lineamientos emitidos desde la Dirección Nacional de Medicamentos y Dispositivos Médicos. Así como, en el caso del manejo adecuado de desechos se seguirán las directrices emitidas desde la Dirección Nacional de Ambiente y Salud.

En los casos del abastecimiento de medicamentos y dispositivos médicos y la contratación del talento humano, los procesos a efectuarse se registrarán de acuerdo a lo planteado a continuación para todo el servicio de atención de salud móvil:

• Abastecimiento de medicamentos y dispositivos médicos

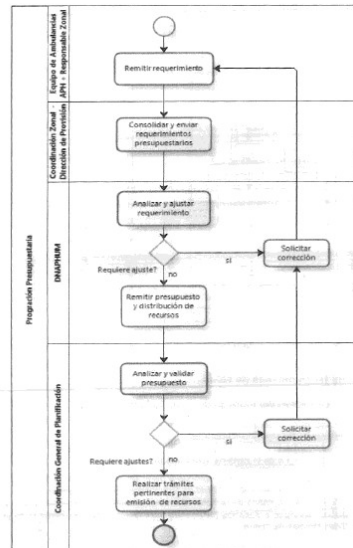
En cuanto a la adquisición de medicamentos y dispositivos médicos se efectuará de acuerdo a los procesos levantados para la cadena de abastecimientos desde la

2.7.1.2 Presupuesto



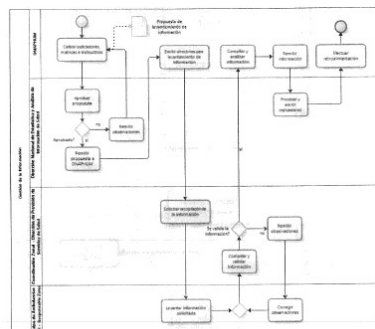
Fuente: Elaborado por la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles.

A continuación se describe el subproceso de programación presupuestaria.



Fuente: Elaborado por la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles.

2.7.1.3 Gestión del sistema de información



Fuente: Elaborado por la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles.

Fuente: Elaborado por la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles.

2.7.2 Unidades móviles de salud

2.7.2.1 Planeación del montaje de la unidad móvil

Para garantizar el adecuado funcionamiento de la unidad móvil se debe tener en cuenta el cumplimiento de las siguientes acciones:

• **Diagnóstico de la zona de intervención:**

Los resultados de la caracterización logrados a partir de la aplicación de la ficha familiar, por parte del Equipo de Atención Integral en Salud permitirán la construcción de un perfil epidemiológico y demográfico de la población a ser atendida, permitiendo la priorización de los grupos, servicios e insumos necesarios para la atención en terreno por parte de las Unidades Móviles de Salud.

Esta caracterización permite además conocer los riesgos asociados, las barreras de acceso (geográficas, idiomáticas, económicas), las condiciones socioculturales y étnicas que vulneran a la población de manera que la oferta se aproxime más a la realidad de la población y pueda impactar mejor sus problemas.

Además los Técnicos de Atención Primaria en Salud se constituyen en apoyo para las Unidades Móviles, incluso como traductores e intérpretes de sus saberes y conceptos de salud - enfermedad, en el caso de los grupos étnicos.

• **Acciones de promoción y prevención:**

Durante la planeación de actividades por comunidad, en forma específica se lleve a cabo la planeación de la oferta de promoción y prevención teniendo como referencia la población total de la comunidad.

• **Selección y vinculación del talento humano:**

Las unidades móviles de salud deben estar conformadas por profesionales, técnicos y auxiliares de salud.

Este equipo se encargará del mantenimiento y la resolución de los problemas de salud frecuentes en los individuos, familias o comunidades, de acuerdo con las condiciones de ciclo vital, género y/o condición de riesgo tanto en lo biológico, psicológico, comportamental y social. Son responsables de proveer atención integral, prevención y promoción a cualquier individuo que busca atención médica, hasta donde la capacidad de la unidad móvil lo permita caso contrario referirá a los usuarios cuando sea necesario a otros niveles de atención, teniendo en cuenta tanto las necesidades de su población como los recursos disponibles en la comunidad que sirve. (Referencia y contrarreferencia).

Dadas las condiciones para el desarrollo de las acciones de las unidades móviles y las características de la población objeto de la atención, se requiere que el talento humano a vincularse sea consecuente con actitudes de vocación de servicio, compromiso, sentido de pertenencia, humanización, respeto por la diferencia, generosidad, gran capacidad de trabajo en equipo, habilidad profesional, características que permitan fomentar el éxito del modelo de atención.

Las personas seleccionadas para vincularse a la unidad móvil de salud deberán recibir obligatoriamente capacitación previa al inicio del proceso, sobre las normativas emitidas por el MSP, misma que estará a cargo del establecimiento y/o Dirección Distrital que contrató al servidor.

Como apoyo del modelo se integran los Equipos de Atención Integral en Salud y los Técnicos en Atención Primaria en Salud, estableciendo en cada comunidad un canal de comunicación con el equipo. Se prevé que los Equipos de Atención Integral en Salud y Técnicos en Atención Primaria en Salud realicen acciones de canalización de la demanda, y realicen acciones primarias en el ámbito de la vigilancia epidemiológica.

La aplicación del modelo de salud a través de las unidades móviles, tiene los siguientes componentes:

Componente del aseguramiento.- el cual permite hacer una identificación de la población objeto y establecer el área de cobertura al cual será vinculado cada individuo, atendiendo a su derecho a la atención en salud con calidad y en forma oportuna.

Componente asistencial.- a través del cual, se Devana cabo las acciones de intervención en la situación de salud de la población objetivo.

Componente de promoción de la salud y prevención de la enfermedad:

- Población mejor informada y preparadas para resolver situaciones básicas.
- Mejorar la cobertura y el seguimiento a las acciones desarrolladas.
- Empoderar a los Técnicos en Atención Primaria en Salud para que generen cultura de autocuidado en sus comunidades.
- La fusión de los componentes en las unidades móviles, captando población e identificando necesidades y con el apoyo de los equipos de profesionales de establecimientos fijos que realizan el seguimiento a la población intervenida por el equipo de las unidades móviles de salud, pretenden lograr los objetivos de salud, aseguramiento y saneamiento de las poblaciones dispersas y vulnerables.

2.7.2.2 Fases del desarrollo de unidades móviles de salud

El desarrollo y puesta en marcha del modelo a través de las unidades móviles se dimensiona en las siguientes fases:

- **Fase pre-jornada.**- cuyos componentes son administrativos y asistenciales y pretende garantizar las acciones y recursos básicos necesarios para llevar a cabo la jornada.
- **Fase de ejecución de jornada.**- cuyos componentes son el aseguramiento y el asistencial.
- **Fase pos-jornada.**- cuyos componentes son administrativos y de evaluación (autoevaluación).

• **Acciones de la fase pre-jornada**

Componente asistencial.- debe existir una coordinación directa con los establecimientos de salud del área de intervención para realizar una planificación de las acciones que realizará el personal de unidades móviles dentro de la comunidad las cuales deben estar basadas en promoción, prevención individual y colectiva de acuerdo a la complejidad de la unidad móvil.

Basándose en la planificación realizada el responsable de la unidad móvil efectúa la desagregación de las prestaciones de acuerdo a la comunidad a ser visitada, tomando en consideración que se disponga una adecuada difusión de la visita de la unidad móvil a la comunidad, estructura sanitaria básica, que exista el apoyo del personal de salud del distrito que garantice la ejecución conforme a la planeado.

Tabla 30. Componente asistencial

Cronograma de actividades para el equipo de salud móvil	El cronograma se diseñará en forma mensual con base en las metas propuestas en la planificación, luego es socializado al distrito y/o coordinaciones zonales de Salud y a la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles, con un periodo de tiempo suficiente previo a la jornada para el correspondiente análisis. Es importante señalar que la planificación incluye acciones en toda la provincia, de acuerdo a su ámbito geográfico.
Socialización a la comunidad	Se establecen todos los canales de comunicación posibles con las comunidades para socializar tanto el cronograma de actividades como las fechas programadas para la llegada y estadia del equipo de salud móvil con el fin de garantizar la seguridad del equipo y el tiempo que permanezca en el sector.
Organización de los técnicos de atención primaria en salud	En el caso de que la jornada laboral de las unidades móviles sea en áreas rurales, los Técnicos de Atención Primaria en Salud son los gestores en la comunidad, se les debe notificar de la planeación de las jornadas de atención, ya que son los encargados de difundir a la comunidad y canalizar la demanda para cada tipo de atención, deberá realizar un agendamiento de los profesionales de acuerdo a los servicios que lleva la unidad móvil, el mismo que deberá ser entregado al responsable de la unidad móvil quien realiza la priorización de la atención.

Fuente: Elaborado por la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles.

Componente administrativo.- en él se desarrollan todas las acciones que garanticen la adecuada realización de la jornada de atención en el terreno y que se provean los recursos necesarios para la misma. A su vez se definen algunos elementos integrantes del componente, según constan en la Tabla 31.

Tabla 31. Componente administrativo

Logístico	La coordinación de la Unidad Móvil con suficiente anticipación a la salida de la Unidad, realiza la estimación de las necesidades de recursos de acuerdo a: a) Lugar de realización de la atención b) Número de integrantes que conforman el equipo c) Número de días en los que la Unidad estará en cada comunidad. De esta actividad se dejan las planillas de solicitud de: combustible, aceite, comunicaciones, alimentación, medicamentos, dispositivos médicos, imprevistos. Así mismo, cada uno de (os) profesionales de la unidad móvil elaborará un listado de requerimientos de los dispositivos médicos propios para la labor que se desarrollará en la jornada de atención. La estimación de las necesidades de recursos para el inicio de la aplicación del modelo se hace con base en un estimado estándar de consumo por la población objetivo, y en la información arrojada por las matrices de programación para promoción y prevención (donde se establecen recursos por cada tipo de actividad). En las subsiguientes jornadas, la estimación se hace de acuerdo a los consumos históricos y promedios de las actividades ejecutadas. Además, de acuerdo al tipo de servicio que se brindarán en la jornada de atención, se realiza un requerimiento general de equipos biomédicos.
Equipamiento	Transporte: planificación del mantenimiento preventivo y correctivo de los vehículos a fin de que se encuentren en condiciones óptimas para su uso, y con los insumos necesarios para su adecuado funcionamiento. Equipo biomédico: la dotación necesaria para llevar a cabo las prestaciones de salud, de acuerdo a la capacidad resolutoria de cada unidad móvil de salud. Elementos de supervivencia: necesarios para la identificación de las personas que integran la Unidad Móvil y otros que se requieren para la supervivencia en los sitios de ubicación para la realización de las jornadas de atención y que están compuestos por: carpas, colchonetas, elementos de identificación, capas protectoras de lluvia para personal, linternas, botas, chalecos salvavidas. Planta eléctrica: mínimo con capacidad de 3000 a 4000 voltios. Sistema eléctrico: generador eléctrico, cables, iluminación, reguladores de voltaje. Material de acondicionamiento: en el que se transportan equipos (para los dispositivos de laboratorio y de odontología se requieren cajas metálicas), productos que requieran refrigeración o protección de factores ambientales, transporte de instrumental. Se precisa que el embalaje sea de material resistente y rígido. Materiales e insumos: comprende el abastecimiento de los medicamentos e insumos médicos para la atención de la población, Seguridad: la seguridad del equipo móvil es uno de los elementos de mayor complejidad y relevancia en la organización de las jornadas de atención, por ello es abordado en forma minuciosa y exhaustiva. Dentro de la planificación el responsable de la unidad móvil deberá informar al coordinador zonal y/o director distrital para que se provea de las condiciones de seguridad de la zona donde se trasladará la unidad móvil, en las que se contemplen acciones de vigilancia y custodia de todo el equipamiento de la unidad móvil.

Fuente: Elaborado por la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles.

• Acciones de la fase de ejecución de la jornada

Componente logístico.- se muestra en la Tabla 32 va continuación.

Tabla 32. Componente logístico (fase de ejecución de la jornada)

Selección de infraestructura	De acuerdo al número de servicios a prestar se ubica el sitio que cumpla con el mayor número de requisitos: espacios, seguridad, protección de factores ambientales.
Instalación de servicios	De acuerdo al tipo de servicios que se brindarán a las comunidades seleccionadas, cada miembro del equipo adecua las áreas, equipos y dispositivos médicos, para lo cual solicitará ayuda a la comunidad.
Seguridad y comunicaciones	Se debe establecer una cadena de llamadas que permitan el monitoreo permanente de la ubicación y condiciones de todo el equipo de salud de la unidad móvil, a través de comunicación satelital o radio de comunicación. Deben existir mínimo dos llamadas durante el día de jornada laboral una al inicio y otra al finalizar la jornada y las novedades presentadas en el transcurso de la jornada.
Base de datos	Esta base de datos servirá como elemento primario para la oferta de servicios que presta la unidad, además servirá para el seguimiento de los usuarios que requiere.

Fuente: Elaborado por la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles.

Componente aseguramiento.- con el agendamiento realizado (lista de usuarios a ser atendidos) se realiza apertura de historia clínica en el caso de pacientes quirúrgicos.

Componente asistencia).- apoyado por un sistema de información en el cual se registra las actividades de promoción y prevención y atención diaria.

Teniendo en cuenta que el modelo se fundamenta en las acciones de promoción de la salud, detección temprana de las alteraciones, protección específica ante riesgos y control de enfermedades de salud pública en sus acciones se debe realizar la aplicación de guías clínicas elaboradas por la institución.

Tabla 33. Componente asistencia) (fase de ejecución de la jornada)

Agendamiento en terreno	El agendamiento de usuarios solo aplica para la atención de usuarios quirúrgicos el resto de atenciones se realizará por demanda espontánea. Sin embargo se debe considerar para la atención de prioridades iniciando su abordaje por los grupos más vulnerables.
Consulta médica general	Se debe clasificar si es primera consulta o subsecuente. Se genera órdenes de servicios complementarios como laboratorio clínico, suministro de medicamentos, procedimientos por enfermería, referencia de usuarios a niveles de mayor complejidad de acuerdo a la patología, en caso de requerir el usuario sea transferido de urgencia a través del sistema de urgencias y emergencias hacia un establecimiento de salud que cuente con el servicio de emergencias.
Consulta prioritaria	Es la atención básica ante condiciones de salud que requieren valoración inmediata, cuya complejidad puede ser cubierta por el personal médico de la unidad móvil.
Consulta de enfermería	Acciones de promoción prevención y promoción.
Procedimientos de enfermería	Deberá realizar además los siguientes procedimientos por parte de enfermería: inyectología, curaciones, suturas, canalización (para hidratación y paso de medicamentos) colocación de sondas vesicales, drenajes, inmovilizaciones, nebulizaciones, lavado de oídos, entre otros.
Laboratorio Clínico	En el caso de unidades móviles que cuentan con servicio de laboratorio podrán realizar pruebas específicas de acuerdo a la capacidad resolutoria.

Atención odontológica	Promoción, prevención y morbilidad.
Manejo de Historias Clínicas	En caso de requerirse.
Mantenimiento de vehículo y Equipo Biomédico	De acuerdo a necesidad y programación.
Referencia y Contrareferencia	Se debe tener en cuenta que estos son los criterios fundamentales para la activación de la red y el nivel de referencia: la accesibilidad, las vías de acceso, la disponibilidad de la oferta*
Manejo de residuos peligrosos	De acuerdo a la normativa legal vigente.

Fuente: Elaborado por la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles.

*El flujo de usuarios en el proceso de referencia es el siguiente:

- Al primer nivel de atención: centro de salud tipo A, B y C para seguimiento y continuación de tratamiento.
- Al segundo nivel de atención: Hospital Básico, Hospital General, para atención de usuarios de acuerdo a la patología, y en el caso de usuarios quirúrgicos para seguimiento y control postquirúrgico.
- Al tercer nivel de atención: Hospital Especializado y de Especialidades, transferencia para atención de usuarios de patologías de especialidad. En el caso de detección de usuarios oncológicos para continuar con el proceso de atención y tratamiento.
- En el caso de que la transferencia del usuario sea emergente se deberá activar el sistema de urgencias emergencias a través del Servicio Integrado de Seguridad ECU 911 dependiendo de la zona donde se encuentre.
- El proceso de contrareferencia se realizará desde los establecimientos de salud del primer nivel Centro de Salud B, C y Hospital Básico hasta la unidad móvil quirúrgica para realizar el procedimiento quirúrgico o a las Unidades Móviles de apoyo al Diagnóstico Oncológico para estudios de mamografía, colposcopia y ecografía.

• Acciones de la fase pos-jornada

Una vez finalizada la jornada en cada comunidad se debe realizar el cierre de la actividad en terreno, para lo cual se llevan las siguientes acciones:

El responsable de la unidad móvil realiza un informe que deberá ser entregado al distrito de salud al cual se encuentra anclada y/o coordinación zonal de salud donde pertenece, debe contener:

- Dificultades logísticas
- Notas relevantes de la jornada
- Resultados

- Cada miembro del equipo realiza un inventario de los dispositivos médicos disponibles y emite el correspondiente reporte y se procede a realizar el empaque de los elementos no utilizados.
- El equipo de salud deberá realizar una reunión en la que evaluarán el resultado de las actividades, el cumplimiento de las metas, analizando los aspectos positivos y negativos y buscar estrategias para mejorar, además de las novedades de la jornada.
- Se deberá realizar la organización de las historias clínicas

Las Unidades Móviles de Salud son una estrategia que debe utilizarse como último recurso y que permite mejorar el acceso de poblaciones aisladas en el plano sanitario al sistema de salud. Las Unidades Móviles de Salud además se emplean:

- Temporalmente, antes de la apertura (o la reapertura) de establecimientos de salud fijos.
- Para orientar a las poblaciones aisladas hacia establecimientos de salud existentes.
- Apoyo a los establecimientos de salud fijos ya que estos tienen una doble función en relación a la unidad móvil; selección de los usuarios, seguimiento de los usuarios que salen de las unidades móviles de salud.

2.7.2.3 Consideraciones generales para las unidades móviles

Características internas- El interior está construido con esquinas redondeadas que evitan la acumulación de polvo. El piso es para alto tráfico, con base de resina fenólica antibacterial, antigérmes y antiderramante, de una sola pieza que impide la filtración de líquidos.

Los muebles están recubiertos de material plástico 100% liso, autoextinguible, antihongos, antibacterias e impermeable, resistente a los solventes y detergentes. Las superficies y estantes son de acero y vidrio.

Independiente.- Está equipada con un sistema de energía eléctrica autónoma para que pueda trabajar en zonas geográficas apartadas, y conexión alternativa a la red de suministro de electricidad cuando ésta se encuentre disponible. Además tiene un sistema respaldo con baterías y controlador de tiempo para asegurar que el equipo de refrigeración del laboratorio siempre tenga energía para funcionar adecuadamente. Además deberá tener un sistema inteligente de energía para que ésta no se interrumpa durante una intervención quirúrgica.

La climatización para toda la cabina. Para la sala de cirugía la climatización será de tipo sanitario, con filtros absolutos y presión positiva, de preferencia deberá tener cambios de aire.

Equipo de comunicación de 2 vías, suministro e instalación con alcance mínimo de 100 kms.

Espacio para rayos x en el caso de las unidades móviles de apoyo al diagnóstico oncológico debe poseer medidas mínimas de 3,5 x 2,5 m con protección de paredes con láminas de plomo de 1,5 mm de grosor mínimo en pared de disparo y 1mm de grosor mínimo en las paredes secundarias. Las puertas deberán tener también láminas de plomo de 1 mm de grosor, de acuerdo a lo que establece la normativa del Ministerio de Electricidad y Energía Renovable.

2.7.3 Hospitales móviles

Los hospitales móviles mediante Acuerdo Ministerial No. 00018, publicado en el Registro Oficial No. 625 de 24 de enero de 2012<14), se crearon como Entidades Operativas Desconcentradas (EOD) y unidades ejecutoras; por lo cual, manejan su propio presupuesto y gestionan los trámites administrativos y financieros de acuerdo a

sus necesidades, con el monitoreo y control respectivo desde las coordinaciones zonales a las cuales se encuentran anclados.

La definición de los hospitales móviles como Entidades Operativas Desconcentradas (EOD) se enmarca en la necesidad de que estos establecimientos de salud cuenten con la autonomía suficiente para la toma de decisiones y la gestión de los recursos que se requieren. Al contar con un presupuesto y equipo administrativo financiero propio se da agilidad en los trámites y procesos necesarios para el normal desenvolvimiento de las actividades operativas. Además, en el marco de la movilización, la figura de Entidades Operativas Desconcentradas (EOD) permite una fácil adaptación y gestión, dado que no depende del presupuesto de la zona a la que se moviliza, lo que generaría serios limitantes en el inicio de las actividades, entre otras como son la apertura y cierre de Registro Único del Contribuyente (RUC), cuentas corrientes, etc. En cuanto al manejo y cuidado de activos fijos se puede asignar a personal fijo propio del hospital y se evitarían gestiones de traspaso de una Entidades Operativas Desconcentradas (EOD) a otra con cada movimiento del hospital; situación que se repetiría en el caso del personal.

En este contexto, el Ministerio de Salud Pública al trabajar bajo la modalidad de gestión por procesos, cuyo enfoque es la determinación clara de su ordenamiento orgánico a través de la identificación de procesos, clientes, productos y/o servicios, por lo cual fueron creadas las diferentes coordinaciones zonales; siendo éstas quienes consolidan las peticiones de las diferentes unidades a su cargo y representantes ante el Ministerio, los hospitales móviles No. 1 y 2 han sido anclados a las zonales 8 y 9, respectivamente.

La gestión administrativa financiera de los hospitales móviles se efectúa a través del mismo hospital; no obstante, se necesita que todo requerimiento de recursos sea validado por la zona donde se encuentra anclado. La Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles efectuará un monitoreo continuo.

De forma general, los hospitales móviles son responsables de:

Gestión administrativa

- Provisión de medicamentos, combustible, insumos; y, materiales de oficina, aseo y limpieza, entre otros.
- Mantenimiento correctivo y preventivo de los vehículos y el equipamiento biomédico.
- Matriculación y aseguramiento de la unidad (incluye pago del Sistema Público para Pago de Accidentes de Tránsito -SPPAT-).
- Contratación pública.
- Manejo de activos fijos y bodega.
- Servicios generales.

Gestión de talento humano

- Garantizar la contratación del equipo necesario de salud de acuerdo a la normativa vigente.
- Administrar y seleccionar el talento humano del Hospital.
- Elaborar distributivo de funciones y actividades.
- Compilar expedientes y registros del hospital, mismos que incluyan registros de asistencia y permanencia.
- Elaborar los distributivos de sueldos y salarios.

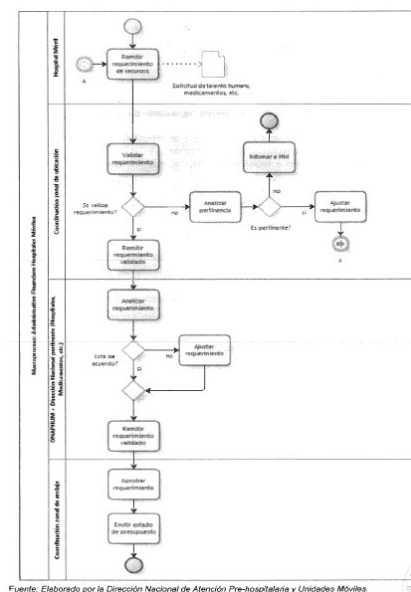
Gestión financiera

- Manejo de sistema contable.
- Administración de caja.
- Presupuesto.

El Ministerio de Salud Pública se encuentra en un proceso de estandarización de los flujos administrativos financieros estandarizados para Entidades Operativas Desconcentradas (EOD); por lo cual, los flujos levantados en este marco se utilizarán para los hospitales móviles.

En la Figura 25, se muestra el macro proceso para el manejo de requerimientos administrativo financieros de los hospitales móviles.

Figura 25. Flujograma del macro proceso administrativo financiero de los HM.



2.7.4 Estructura organizacional

La estructura organizacional de los hospitales móviles se detalla en la Tabla 34.

Tabla 34. Conformación de la estructura del hospital móvil - procesos agregadores de valor y habilitantes de apoyo.

Procesos	Detalle
Procesos de dirección estratégica de Gestión de la planeación	- Director médico - Coordinador gestión de enfermería - Comité de gestión de la calidad
Procesos agregadores de valor	- Gestión de consulta externa (atención ambulatoria consultas) -- Gestión de atención quirúrgica - Gestión de los servicios de emergencia y urgencia - Gestión de enfermería
Procesos habilitantes de apoyo	- Departamento de apoyo diagnóstico: • Laboratorio • Imagenología • Farmacia - Departamento de mantenimiento y técnicos complementarios. • Limpieza • Lavandería • Cocina

Fuente: Elaborado por la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles.

Referencias

1. Carrasco P. Sistema de Emergencia. [Internet]; Cruz Roja Ecuatoriana; 2002 [citado 06 ene 2015]. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/48715614/01capitulo--01-Sistema-de-Emergencias>
2. INEC. Estadísticas 2013. [Internet]; 2013 [citado 06 ene 2015]. Disponible en: www.inecqob.ec/estadisticas/?option=com_content&view=article
3. Mattox K, Moore E, Feliciano D. Trauma. 7a ed. New York: McGraw Hill Professional Estados Unidos; 2012. 100 p.
4. Ministerio de Salud Pública. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS, Acuerdo Ministerial 725. 3 may 2012. Registro Oficial 742, 10 jul 2012.
5. Du Mortier S. Las unidades móviles de salud - Enfoque metodológico. [Internet]; 2006 [citado 08 ene 2015]. Disponible en: https://www.icrc.org/spa/assets/files/other/icrc_003_0886.pdf
6. Mattox K, Moore E, Feliciano D. Trauma. 7a ed. New York: McGraw Hill Professional Estados Unidos; 2012. 100 p.
7. Organización Panamericana de la Salud. Guía de la OMS y la OPS para el uso de hospitales de campaña extranjeros en caso de desastres. [Internet]; 2003 [citado 10 ene 2015]. Disponible en: <http://www.planeamientohospitalario.info/contenido/referencia/HospitalesDeCampaña.pdf>
8. Constitución de la República del Ecuador. Registro Oficial 449, 20 de oct 2008.
9. Congreso Nacional del Ecuador. Ley Orgánica de Salud. 2006. Registro Oficial 423, 22 dic 2006.
10. Ministerio de Salud Pública. Tipología sustitutiva para homologar los establecimientos de salud por niveles de atención y servicios de apoyo del Sistema Nacional de Salud. Acuerdo Ministerial 5212. 24 dic 2014. Registro Oficial 428, 30 ene 2015.
11. Ministerio de Salud Pública. Reglamento de aplicación para el proceso de incorporación de las unidades de atención pre-hospitalaria de transporte y soporte vital, al Servicio Integrado de Seguridad ECU-911, en situaciones de emergencia de salud. Acuerdo Ministerial 2599. 17 diciembre 2012.
12. Presidencia de la República. Estado de Excepción Sanitaria; en todas las unidades operativas del Ministerio de Salud. Decreto Ejecutivo 618. 10 enero 2011. Registro Oficial 386, 16 feb 2011.
13. Ministerio de Salud Pública. Creación de los hospitales móviles. Acuerdo Ministerial 00018. 6 ene 2012. Registro Oficial 625, 24 ene 2012.
14. Ministerio de Salud Pública. Reforma al Acuerdo Ministerial No. 00018. Acuerdo Ministerial 00001073. 1 jun 2012. Registro Oficial 742, 10 jul 2012.
15. Ministerio de Salud Pública. Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos de los Hospitales del Ministerio de Salud Pública. 2012. Acuerdo Ministerial 1537. 31 jul 2012. Registro Oficial 339, 25 sep de 2012.
16. Ministerio de Salud Pública. Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública. 2013. Acuerdo Ministerial 4520. 13 nov 2013. Registro Oficial 118, 31 mar 2014.
17. Secretaría de Gestión de Riesgos. Manual del Comité de Gestión de Riesgos. [Internet]; 2014 [citado 25 mar 2015]. Disponible en: <http://capacitaciongestionderiesgos.qobec.84/items/show/10>
18. Ministerio de Salud Pública. Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud. 2014.
19. World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care. [Internet]; 2015 [citado 10 feb 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
20. Valdespino G. Protocolo del sistema de triage. [Internet]; 2004 [citado 10 feb 2015]. Disponible en: <http://es.slideshare.net/DraValdespino/protocolo-de-triage-giova1>
21. Ministerio de Salud Pública. Tipología para Homologar los Establecimientos de Salud por Niveles de Atención del Sistema Nacional de Salud. Acuerdo Ministerial 1203. 14 jun 2012. Registro Oficial 750, 20 jul 2012.
22. Ministerio de Salud Pública. Reglamento Sustitutivo para Otorgar Permisos de Funcionamiento a los Establecimientos Sujetos a Vigilancia y Control Sanitario. Acuerdo Ministerial 4712. 11 feb 2014. Registro Oficial 202, 13 mar 2014.

23. Ministerio de Salud Pública. Norma Técnica de Subistema de Referencia, Derivación, Contrarreferencia, Referencia Inversa y Transferencia, Acuerdo Ministerial 4431. 21 oct 2013. Registro Oficial 151, 26 dic 2013.

24. Programa Nacional de Sangre. Propuesta de Modelo de Gestión, Organización y Funcionamiento del Servicio de Atención de Salud Móvil. Memorando No. MSP SNGSP-PNS-2015-0220-M. 12 mar 2015.

25. Organización Panamericana de la Salud. Preparativos para la respuesta local ante desastres en aspectos sanitarios. [Internet]; 2007 [citado 05 mar 2015]. Disponible en: http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd67/doc_16727.pdf

26. Ministerio de Salud Pública. Guía práctica. Roles y funciones de directores provinciales, puntos focales y equipo de pronta respuesta de la Red Nacional de Atención de Emergencias y Desastres en Salud. [Internet]; 2010 [citado 16 feb 2015]. Disponible en: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/GU%20PR%20PR%20CTICA%20ROLES%20Y%20FUNCIONES%20DE%20DIRECTORES%20PROVINCIALES%20PUNTOS%20FOCALES%20Y%20EQUIPOS%20DE%20PRONTA%20REP.pdf>

27. Presidencia de la República. Reglamento a la Ley de Seguridad Pública y del Estado. Decreto Ejecutivo 486. Registro Oficial 290, 30 sep 2010. Última actualización 14 jul 2014.

28. Centro de Información sobre Desastres y Salud. Asistencia sanitaria en desastres. [Internet]; 2015 [citado 25 feb 2015]. Disponible en: <http://cidbimena.desastres.hn/docum/ops/libros/asistenciadesastres.pdf>

Anexos

Anexo I. Listado parroquias de los quintiles Q1 Y Q2 de pobreza que no disponen de establecimiento de salud del MSP a ser cubiertas por las unidades móviles de salud

ZONA	PROVINCIA	PARROQUIA	CANTÓN	DISTRITO
CZ1	Carchi	Tobar Donoso (La Bocana de Camumbi)	Tulcán	04D01
		Telembi	Eloy Alfaro	08D02
	Esmeraldas	San José de Cayapas	Eloy Alfaro	08D02
		Timbire	Eloy Alfaro	08D02
		Salima	Muisne	08D03
		Alto Tambo (Cabecera en Guadual)	San Lorenzo	08D05
		Puerto Bolívar (Puerto Montufar)	Putumayo	21D03
	Sucumbios	Santa Elena	Putumayo	21D03
		La Sofia	Sucumbios	21D01
		Santa Rosa de Sucumbios	Cáscales	21D01
		Cuyabeno	Cuyabeno	21D03
		Cuyabeno	Cuyabeno	21D03
CZ2	Napó	Linares	El Chaco	15D02
		Linares	El Chaco	15D02
	Cotopaxi	Zumbahua	Pujilí	05D04
		Pistishi (Nariz del Diablo)	Alausi	06D02
		Pumallacta	Alausi	06D02
		Cañi	Colta	06D04
		Santa Fe de Galán	Guano	06D05
		Valparaíso	Guano	06D05
		Bilbao	Penipe	06D05
	Tungurahua	Los Andes (Cabecera en Poatug)	Patate	18D04
		San Francisco De Novillo (Cabecera en Novillo)	Flavio Alfaro	13D07
	Manabí	Zapallo	Flavio Alfaro	13D07
		La Pila	Montecristi	13D02
		La Independencia	Santo Domingo	23D02
CZ3	Chimborazo	San Sebastián	Chimbo	02D03
		El Rosario	El Empalme	09D15
	Bolívar	Chacucha San Gabriel	Cuenca	01D02
		Luis Cordero Vega	Gualaceo	01D04
		San José de Raranga	Sigsig	01D08
		Luis Galarza Orellana (Delegsol)	Chordeleg	01D04
		San Martín De Puzhio	Chordeleg	01D04
		San Miguel De Cuyes	Gualaquiza	14D04
		16 De Agosto	Palora	14D02
	Morona Santiago	Chupianza	Santiago	14D06
		Asunción	Sucúa	14D03
		San Jacinto de Wakambeis	San Juan Bosco	14D04
		San Juan de Cerro Azul	Atahualpa	07D03
		El Airo	Espindola	11D05
CZ4	Manabí	La rama	Macara	11D07
		El Tablón	Saraguro	11D05
		Garza real	Zapotillo	11D09
		Límones	Zapotillo	11D09
		Sabanilla	Zamora	19D01
		Pucapamba	Chinchi	19D03
		Pucapamba	Chinchi	19D03
	El Oro	San Juan de Cerro Azul	Atahualpa	07D03
		El Airo	Espindola	11D05
		La rama	Macara	11D07
		El Tablón	Saraguro	11D05
		Garza real	Zapotillo	11D09
CZ5	Bolívar	San Sebastián	Chimbo	02D03
		El Rosario	El Empalme	09D15
		Chacucha San Gabriel	Cuenca	01D02
		Luis Cordero Vega	Gualaceo	01D04
		San José de Raranga	Sigsig	01D08
		Luis Galarza Orellana (Delegsol)	Chordeleg	01D04
		San Martín De Puzhio	Chordeleg	01D04
	Guayas	San Miguel De Cuyes	Gualaquiza	14D04
		16 De Agosto	Palora	14D02
		Chupianza	Santiago	14D06
		Asunción	Sucúa	14D03
		San Jacinto de Wakambeis	San Juan Bosco	14D04
CZ6	Azuay	San Juan de Cerro Azul	Atahualpa	07D03
		El Airo	Espindola	11D05
		La rama	Macara	11D07
		El Tablón	Saraguro	11D05
		Garza real	Zapotillo	11D09
		Límones	Zapotillo	11D09
		Sabanilla	Zamora	19D01
	Morona Santiago	Pucapamba	Chinchi	19D03
		Pucapamba	Chinchi	19D03
		Pucapamba	Chinchi	19D03
		Pucapamba	Chinchi	19D03
		Pucapamba	Chinchi	19D03

Fuente: Ministerio de Salud Pública - Dirección Nacional de Áreas de Salud. Parroquias Priorizadas en función de la incidencia de pobreza Primero y Segundo Quintil de Pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas/Censo Instituto Nacional de Estadística y Censos 2001 Ecuador- 2005 Elaboración: Proyecto Unidades Móviles Integrales de Salud - 2013

Anexo II. Clasificación del transporte sanitario

Tabla 35. Clasificación del transporte sanitario.

TIPO DE TRANSPORTE	
Tipo de servicio	Primario
	Secundario
Según la urgencia vital para el enfermo	De emergencia
	Urgentes
	Demorables
Según el medio de transporte	Terrestre
	Aéreo
	Marítimo
Por peso bruto y diseño del auto motor	Ambulancia Tipo I
	Ambulancia de Tipo I-AD (de tarea específica adicional)
	Ambulancia de Tipo II
	Ambulancia de Tipo III Ambulancia de Tipo III-AD (de tarea específica adicional)

Fuente: Junta de Andalucía. Consejería de Salud Servicio Andaluz de Salud (año 2000).

a. Según el tipo de servicio

Transporte Primario.- Es el transporte que se realiza desde el sitio de ocurrencia del evento emergente (vía pública, domicilio, lugar público o sitio de trabajo), hasta el establecimiento de salud que corresponda de acuerdo a la complejidad de sus lesiones y/o enfermedad.

Transporte Secundario.- Es el transporte de pacientes que se realiza entre unidades operativas, independientemente del nivel de resolución.

b. Según la urgencia vital para el paciente

Transporte de Emergencia.- Debe realizarse de inmediato, tiene prioridad absoluta, debido a que la vida del paciente se encuentra en grave riesgo. La función de este tipo de transporte es la preservación de la vida del paciente.

Transporte Urgente.- Puede diferirse minutos u horas, se trata de usuarios con posible riesgo vital.

Transporte Demorable.- Se puede programar el transporte no requiere asistencia inmediata.

c. Según el medio de transporte

Terrestre.- Los requerimientos mínimos para contar con este tipo de servicio de transporte sanitario es la disponibilidad y condiciones de las vías terrestres; mismas que definirán el tipo de vehículo a requerirse, según se indica en la Tabla 36 a continuación.

Tabla 36. Clasificación del Transporte Sanitario Terrestre según el área geográfica de atención.

ÁREA GEOGRÁFICA	CARACTERÍSTICAS
Área Urbana	Ambulancia terrestre 4x2 (tracción en las 2 ruedas), utilizado en vías de primero y segundo orden, sin mayores cambios de nivel y/o obstáculos para la circulación, estas vías se encuentran en locaciones urbanas principalmente y en las troncales estatales.
Área Rural	Ambulancias terrestres 4x4 (tracción en las 4 ruedas), utilizadas en vías de segundo orden en adelante siempre y cuando estas vías garanticen el ancho necesario para la circulación de un vehículo y la mesa portante de la vía de soporte al peso del automotor que va a circular sobre la misma.

Aéreo.- Los medios utilizados para el transporte sanitario aéreo suelen ser aeronaves acondicionadas para el traslado de usuarios, ya sean en estado crítico o que precisen asistencia sanitaria durante el mismo. Estos medios se pueden clasificar de forma general como se indica en la Tabla 37 a continuación:

Tabla 37. Clasificación del Transporte Sanitario Aéreo.

NO PRESURIZADOS		PRESURIZADOS
Helicópteros		Aviones convencionales
Se utilizan para atender a enfermos en lugares inaccesibles por carretera o en lugares donde la velocidad es esencial, ya que son capaces de desplazarse mucho más rápido que una ambulancia por carretera. Se encuentran limitados por las condiciones meteorológicas adversas, como vientos fuertes, nubosidad excesiva y en muchos de los casos la imposibilidad de realizar vuelos nocturnos.		Utilizados para prestar ayuda en una emergencia en zonas distantes o para trasladar paciente o pacientes a grandes distancias, sus operaciones se realizan a gran altura por lo que es necesario considerar las condiciones fisiológicas del paciente para los transportes en este tipo de vehículos.
Helicópteros ligeros	Dimensiones interiores reducidas capacidad de transporte de un solo paciente	En función de no estar establecidas dentro de las competencias del Ministerio de Salud Pública la operación de aeronaves, se hace necesario la suscripción de acuerdos interinstitucionales con instancias públicas y privadas disponibles en el territorio ecuatoriano con la capacidad e infraestructura para realizar este tipo de operaciones y brindar este servicio, generalmente la utilización de este tipo de vehículos es recomendable cuando la distancia supera los 300 km o el área no cuenta con vías de acceso para transporte terrestre.
Helicópteros medios	Dimensiones adecuadas con capacidad de transporte para dos pacientes.	
Helicópteros pesados	No son de elección para el transporte por sus elevados costos, y tienen capacidad de transportar varios pacientes.	

Para el traslado del paciente se debe tener en cuenta aspectos como que los helicópteros no son presurizados; y, si bien su altitud de operación no suele ser importante, se deben tomar en cuenta los posibles problemas fisiológicos que pueden presentar los pacientes por los cambios de presión.

Acuático.- Su clasificación y diseño para una navegación segura será de acuerdo al medio acuático en que desempeñan su servicio, como se detalla en la Tabla 38.

Tabla 38. Clasificación del transporte sanitario acuático.

TIPO DE VEHÍCULO	CARACTERÍSTICAS
Ambulancia Fluvial	Embarcación autopropulsada diseñada y/o acondicionada para la navegación segura para el servicio de traslado de usuarios por las vías fluviales dotada con equipos de auxilio médico apropiados para el transporte asistido de usuarios que requieran asistencia médica básica y/o avanzada durante el traslado hasta un establecimiento de salud, en el Ecuador la utilización de este tipo de vehículos se desarrolla mayoritariamente en los ríos de la costa y amazonia.
Ambulancia Lacustre	Embarcación autopropulsada diseñada y/o acondicionada para la navegación segura para el servicio en los lagos navegables o aguas restringidas (puertos), dotada con equipos de auxilio médico apropiados para el transporte asistido de usuarios que requieran asistencia médica básica y/o avanzada durante el traslado hasta un establecimiento de salud o hasta tomar contacto con una ambulancia terrestre o aérea, en el caso del Ecuador prácticamente su uso se limita al transporte primario (complementada con el transporte terrestre o aéreo) debido a la pequeña extensión de los cuerpos lacustres presentes en el país.
Ambulancia Marítima	Embarcación autopropulsada diseñada y/o acondicionada para la navegación segura para el servicio en mar abierto o aguas restringidas (puertos), dotada con equipos de auxilio médico apropiados para el transporte asistido de usuarios que requieran asistencia médica básica y/o avanzada durante el traslado hasta un establecimiento de salud o hasta tomar contacto con una ambulancia terrestre o aérea.

Cabe destacar que estas embarcaciones deben ser fabricadas en materiales resistentes y la estructura debe estar acorde al medio acuático donde desarrollen su actividad.

d. Por peso bruto y diseño del automotor. - Esta clasificación está expresada para el Ecuador en la norma NTE INEN 2512:2009, basada a su vez en el estándar KKK 1822F, normativa que establece que la ambulancia y su equipo implementados bajo esta especificación deben ser del fabricante del equipo original, del modelo de vehículo corriente del año comercial, del tipo y de la configuración especificados en esta norma.

Tabla 39. Clasificación del transporte sanitario por peso bruto y diseño del automotor.

TIPO	PESO	CARACTERÍSTICAS
Ambulancia Tipo I	Desde 4.536 kg hasta 6. 350 kg de peso bruto del automotor.	Debe constar de un chasis de vehículo, equipado con un cuerpo modular de ambulancia.
Ambulancia de Tipo I-AD (de tarea específica adicional)	6.351 kg o más de peso bruto del automotor.	Debe constar de un chasis de vehículo común cuerpo modular de ambulancia, con peso bruto incrementado del automotor, almacenamiento y carga.
Ambulancia de Tipo II	4.174 kg-4.533 kg de peso bruto del vehículo.	Debe ser una furgoneta de amplia distancia entre las ruedas, con un cuerpo de cabina integral.
Ambulancia de Tipo III	Desde 4 534 kg hasta 6 350 kg de peso bruto del vehículo.	Debe ser una furgoneta de esquinas redondeadas ("cutaway") con un cuerpo de ambulancia modular integrado.
Ambulancia de Tipo III-AD (de tarea específica adicional)	6351 kg o más de peso bruto del vehículo.	Debe ser una furgoneta de esquinas redondeadas ("cutaway") con un cuerpo modular integrado, y el peso bruto incrementado del automotor, almacenamiento y carga.

Adaptación Norma NTE INEN 2512:2009

Adicionalmente, se toman en cuenta parámetros como condiciones, dimensiones, carga, potencia, tren motriz, sistema eléctrico, iluminación, acústica, comunicación, entre otros.

Anexo III. Ubicación de Unidades Móviles en Zonas y Distritos

ZONA	PROVINCIA	TOTAL UMIS	UNIDAD MÓVIL DE SALUD	COORDINACIÓN ZONAL/DISTRITO DE SALUD	CÓDIGO ESSEF
1	CARCHI	1	UMIS 1 CARCHI	Distrito 04001 San Pedro de Tulcan	220-2171
	IMBABURA	1	UMIS 1 IMBABURA	Distrito 02001 Baños - Píntag - San Miguel	220-2223
	ESMERALDAS	1	UMIS 1 ESMERALDAS	Distrito 08001 Esmeraldas	220-1182
	SUCUMBIOS	2	UMIS 1 SUCUMBIOS	Distrito 21002 Lago Agrio	220-3532
2	NAPÓ	1	UMIS 2 NAPÓ	CZ 3-Hospital Dr. Mico Viscó Ica	220-6190
	ORELLANA	1	UMIS 1 ORELLANA	Distrito 22001 Tena Altavista - Anagema Tena	220-1381
	COTACACHI	1	UMIS 1 COTACACHI	Distrito 23002 Cotacachi - Lumbi	220-2220
	COTACACHI	1	UMIS 1 COTACACHI	Distrito 03003 Latacunga	220-3091
3	TUNGURAHUA	2	UMIS 1 TUNGURAHUA	Distrito 18002 Huachi - Juan Rodrigo Vela	220-0993
	TUNGURAHUA	2	UMIS 2 TUNGURAHUA	Distrito 18003 Augusto Martínez Benítez Manó	220-1661
	CHIMBORAZO	2	UMIS 1 CHIMBORAZO	Distrito 09003 Chumbo - Kibamba	220-1118
	CHIMBORAZO	2	UMIS CHIMBORAZO	Coordinación Zonal 3	220-0853
4	PASTAZA	1	UMIS 1 PASTAZA	Distrito 19003 Puyo	220-1404
	MANABÍ	1	UMIS 7 MANABÍ PORTOVEL	Distrito 13004 Santa Ana - Olmedo - Sacre	220-1337
	MANABÍ	1	UMIS 10 MANABÍ PORTOVEL	Distrito 13007 Chone-Fraser Alfaro	220-1339
	STO. TRÁCHILAS	1	UMIS MANABÍ PORTOVEL	Distrito 18010 Portoviejo	220-2242
5	BOLIVAR	1	UMIS 1 BOLIVAR	CZ 4 - Hospital Santa Domingo de las Tablillas	220-0804
	GUAYAS	1	UMIS 1 GUAYAS	Distrito 02000 Chimbo - San Miguel	220-1012
	GUAYAS	1	UMIS 2 GUAYAS GUAYAS	Distrito 09017 - Milagro	220-2122
	LOS RIOS	4	UMIS 1 LOS RIOS KIMBENCHO	Distrito 12001 Salas - Achupungo - Montalvo	220-1301
6	LOS RIOS	4	UMIS 2 LOS RIOS QUINQUEO	Distrito 12002 Mosache - Quinde	220-1302
	LOS RIOS	4	UMIS 3 LOS RIOS VINCES	Distrito 12003 Palenque - Vinas	220-1303
	LOS RIOS	4	UMIS 4 LOS RIOS VENTANAS	Distrito 12004 Guatamba - Ventanas	220-1304
	STA. ELENA	1	UMIS 1 SANTA ELENA	Distrito 20001 Santa Elena	220-1316
7	AZUAY	5	UMIS AZUAY	Coordinación Zonal E	220-026
	AZUAY	5	UMIS PUMAHUNGO	Distrito 01001 Machángara	220-1003
	AZUAY	5	UMIS RAMONCURI	Distrito 01002 San Sebastián	220-1005
	AZUAY	5	UMIS STA. ISABEL	Distrito 01003 Girón - Santa Isabel	220-1013
8	CAJAMA	2	UMIS GUARALCO	Distrito 01004 Chordeleg - Gualea	220-1009
	CAJAMA	2	UMIS-ANDOLUEZ	Distrito 01001 Anaque	220-1011
	MACORONA	2	UMIS-PATATE	Distrito 01001 La Troncal	220-1015
	MACORONA	2	UMIS 1 MACORONA	Distrito 01001 Macorona	220-1017
9	EL ORO	3	UMIS EL ORO	CZ 7-Hospital Las Mercedes de Pílas	220-1332
	EL ORO	3	UMIS 2 EL ORO	Distrito 02001 Machala	220-1332
	EL ORO	3	UMIS 3 EL ORO	Distrito 02001 Machala	220-1332
	EL ORO	3	UMIS 4 EL ORO	Distrito 02001 Machala	220-1332
10	ZAMORA	1	UMIS 1 ZAMORA	Distrito 24001 Zamora	220-1332
	ZAMORA	1	UMIS 2 ZAMORA	Distrito 24001 Zamora	220-1332
	ZAMORA	1	UMIS 3 ZAMORA	Distrito 24001 Zamora	220-1332
	ZAMORA	1	UMIS 4 ZAMORA	Distrito 24001 Zamora	220-1332
11	GUAYAS	5	UMIS GUAYAS	Coordinación Zonal B	220-0958
	GUAYAS	5	UMIS 2 GUAYAS GUAYAS	Distrito 02001 Chimbo - San Miguel	220-1012
	GUAYAS	5	UMIS 3 GUAYAS GUAYAS	Distrito 02002 Chimbo - San Miguel	220-1013
	GUAYAS	5	UMIS 4 GUAYAS	Distrito 02003 Chimbo - San Miguel	220-1014
12	PICHINCHA	2	UMIS 1 PICHINCHA QUITO	Distrito 17002 Callaerán	220-1452
	PICHINCHA	2	UMIS 2 PICHINCHA QUITO	Distrito 17003 Callaerán	220-1453
	PICHINCHA	2	UMIS 3 PICHINCHA QUITO	Distrito 17004 Callaerán	220-1454
	PICHINCHA	2	UMIS 4 PICHINCHA QUITO	Distrito 17005 Callaerán	220-1455

Anexo IV. Asignación de territorio de atención de las unidades móviles de salud

ZONA	PROVINCIA	CANTIDAD	TIPO DE UMIS	ASIGNACIÓN DE UMIS A COORDINACIÓN ZONAL O DISTRITO DE SALUD	TERRITORIO ASIGNADO PARA ATENCIÓN
1	CARCHI	1	UMIS 1 CARCHI	1071 - Dirección Distrito 04001 - San Pedro de Tulcan	1071 - Distrito 04001 - San Pedro de Tulcan - Salud
	IMBABURA	1	UMIS 1 IMBABURA	1072 - Dirección Distrito 02001 - Baños - Píntag - San Miguel	1072 - Distrito 02001 - Baños - Píntag - San Miguel - Salud
	ESMERALDAS	1	UMIS 1 ESMERALDAS	1073 - Dirección Distrito 08001 - Esmeraldas	1073 - Distrito 08001 - Esmeraldas - Salud
	SUCUMBIOS	2	UMIS 1 SUCUMBIOS	1074 - Dirección Distrito 21002 - Lago Agrio	1074 - Distrito 21002 - Lago Agrio - Salud
2	NAPÓ	1	UMIS 2 NAPÓ	1075 - Dirección Distrito 03001 - Tena Altavista - Anagema Tena	1075 - Distrito 03001 - Tena Altavista - Anagema Tena - Salud
	ORELLANA	1	UMIS 1 ORELLANA	1076 - Dirección Distrito 22001 - Tena Altavista - Anagema Tena	1076 - Distrito 22001 - Tena Altavista - Anagema Tena - Salud
	COTACACHI	1	UMIS 1 COTACACHI	1077 - Dirección Distrito 23002 - Cotacachi - Lumbi	1077 - Distrito 23002 - Cotacachi - Lumbi - Salud
	COTACACHI	1	UMIS 1 COTACACHI	1078 - Dirección Distrito 03003 - Latacunga	1078 - Distrito 03003 - Latacunga - Salud
3	TUNGURAHUA	2	UMIS 1 TUNGURAHUA	1079 - Dirección Distrito 18002 - Huachi - Juan Rodrigo Vela	1079 - Distrito 18002 - Huachi - Juan Rodrigo Vela - Salud
	TUNGURAHUA	2	UMIS 2 TUNGURAHUA	1080 - Dirección Distrito 18003 - Augusto Martínez Benítez Manó	1080 - Distrito 18003 - Augusto Martínez Benítez Manó - Salud
	CHIMBORAZO	2	UMIS 1 CHIMBORAZO	1081 - Dirección Distrito 09003 - Chumbo - Kibamba	1081 - Distrito 09003 - Chumbo - Kibamba - Salud
	CHIMBORAZO	2	UMIS CHIMBORAZO	1082 - Dirección Distrito 09004 - Chumbo - Kibamba	1082 - Distrito 09004 - Chumbo - Kibamba - Salud
4	PASTAZA	1	UMIS 1 PASTAZA	1083 - Dirección Distrito 19003 - Puyo	1083 - Distrito 19003 - Puyo - Salud
	MANABÍ	1	UMIS 7 MANABÍ PORTOVEL	1084 - Dirección Distrito 13004 - Santa Ana - Olmedo - Sacre	1084 - Distrito 13004 - Santa Ana - Olmedo - Sacre - Salud
	MANABÍ	1	UMIS 10 MANABÍ PORTOVEL	1085 - Dirección Distrito 13007 - Chone-Fraser Alfaro	1085 - Distrito 13007 - Chone-Fraser Alfaro - Salud
	STO. TRÁCHILAS	1	UMIS MANABÍ PORTOVEL	1086 - Dirección Distrito 18010 - Portoviejo	1086 - Distrito 18010 - Portoviejo - Salud
5	BOLIVAR	1	UMIS 1 BOLIVAR	1087 - Dirección Distrito 02000 - Chimbo - San Miguel	1087 - Distrito 02000 - Chimbo - San Miguel - Salud
	GUAYAS	1	UMIS 1 GUAYAS	1088 - Dirección Distrito 09017 - Milagro	1088 - Distrito 09017 - Milagro - Salud
	LOS RIOS	4	UMIS 1 LOS RIOS KIMBENCHO	1089 - Dirección Distrito 12001 - Salas - Achupungo - Montalvo	1089 - Distrito 12001 - Salas - Achupungo - Montalvo - Salud
	LOS RIOS	4	UMIS 2 LOS RIOS QUINQUEO	1090 - Dirección Distrito 12002 - Mosache - Quinde	1090 - Distrito 12002 - Mosache - Quinde - Salud
6	LOS RIOS	4	UMIS 3 LOS RIOS VINCES	1091 - Dirección Distrito 12003 - Palenque - Vinas	1091 - Distrito 12003 - Palenque - Vinas - Salud
	LOS RIOS	4	UMIS 4 LOS RIOS VENTANAS	1092 - Dirección Distrito 12004 - Guatamba - Ventanas	1092 - Distrito 12004 - Guatamba - Ventanas - Salud
	STA. ELENA	1	UMIS 1 SANTA ELENA	1093 - Dirección Distrito 20001 - Santa Elena	1093 - Distrito 20001 - Santa Elena - Salud
	AZUAY	5	UMIS AZUAY	1094 - Coordinación Zonal E	1094 - Coordinación Zonal E - Salud
7	AZUAY	5	UMIS PUMAHUNGO	1095 - Distrito 01001 - Machángara	1095 - Distrito 01001 - Machángara - Salud
	AZUAY	5	UMIS RAMONCURI	1096 - Distrito 01002 - San Sebastián	1096 - Distrito 01002 - San Sebastián - Salud
	AZUAY	5	UMIS STA. ISABEL	1097 - Distrito 01003 - Girón - Santa Isabel	1097 - Distrito 01003 - Girón - Santa Isabel - Salud
	AZUAY	5	UMIS GUARALCO	1098 - Distrito 01004 - Chordeleg - Gualea	1098 - Distrito 01004 - Chordeleg - Gualea - Salud
8	CAJAMA	2	UMIS-ANDOLUEZ	1099 - Distrito 01001 - Anaque	1099 - Distrito 01001 - Anaque - Salud
	CAJAMA	2	UMIS-PATATE	1100 - Distrito 01001 - La Troncal	1100 - Distrito 01001 - La Troncal - Salud
	MACORONA	2	UMIS 1 MACORONA	1101 - Distrito 01001 - Macorona	1101 - Distrito 01001 - Macorona - Salud
	MACORONA	2	UMIS 2 MACORONA	1102 - Distrito 01001 - Macorona	1102 - Distrito 01001 - Macorona - Salud
9	EL ORO	3	UMIS EL ORO	1103 - Dirección Distrito 02001 - Machala	1103 - Distrito 02001 - Machala - Salud
	EL ORO	3	UMIS 2 EL ORO	1104 - Dirección Distrito 02001 - Machala	1104 - Distrito 02001 - Machala - Salud
	EL ORO	3	UMIS 3 EL ORO	1105 - Dirección Distrito 02001 - Machala	1105 - Distrito 02001 - Machala - Salud
	EL ORO	3	UMIS 4 EL ORO	1106 - Dirección Distrito 02001 - Machala	1106 - Distrito 02001 - Machala - Salud
10	ZAMORA	1	UMIS 1 ZAMORA	1107 - Dirección Distrito 24001 - Zamora	1107 - Distrito 24001 - Zamora - Salud
	ZAMORA	1	UMIS 2 ZAMORA	1108 - Dirección Distrito 24001 - Zamora	1108 - Distrito 24001 - Zamora - Salud
	ZAMORA	1	UMIS 3 ZAMORA	1109 - Dirección Distrito 24001 - Zamora	1109 - Distrito 24001 - Zamora - Salud
	ZAMORA	1	UMIS 4 ZAMORA	1110 - Dirección Distrito 24001 - Zamora	1110 - Distrito 24001 - Zamora - Salud
11	GUAYAS	5	UMIS GUAYAS	1111 - Coordinación Zonal B	1111 - Coordinación Zonal B - Salud
	GUAYAS	5	UMIS 2 GUAYAS GUAYAS	1112 - Distrito 02001 - Chimbo - San Miguel	1112 - Distrito 02001 - Chimbo - San Miguel - Salud
	GUAYAS	5	UMIS 3 GUAYAS GUAYAS	1113 - Distrito 02002 - Chimbo - San Miguel	1113 - Distrito 02002 - Chimbo - San Miguel - Salud
	GUAYAS	5	UMIS 4 GUAYAS	1114 - Distrito 02003 - Chimbo - San Miguel	1114 - Distrito 02003 - Chimbo - San Miguel - Salud
12	PICHINCHA	2	UMIS 1 PICHINCHA QUITO	1115 - Dirección Distrito 17002 - Callaerán	1115 - Distrito 17002 - Callaerán - Salud
	PICHINCHA	2	UMIS 2 PICHINCHA QUITO	1116 - Dirección Distrito 17003 - Callaerán	1116 - Distrito 17003 - Callaerán - Salud
	PICHINCHA	2	UMIS 3 PICHINCHA QUITO	1117 - Dirección Distrito 17004 - Callaerán	1117 - Distrito 17004 - Callaerán - Salud
	PICHINCHA	2	UMIS 4 PICHINCHA QUITO	1118 - Dirección Distrito 17005 - Callaerán	1118 - Distrito 17005 - Callaerán - Salud

			UM-Q SUCUMBIOTI	1530 - Hospital Provincial Dr. Mario VINCIGUZA	1531 - Centro 210004 - Shashuffa - Salud
2	1	UMG 1 Altopo	1288 - Dirección Distrital 15001 - Antidosis Carlos Indio Arpaesuma Tola - Salud	1289 - Dirección Distrital 15001 - Antidosis Carlos Indio Arpaesuma Tola - Salud	1289 - Dirección Distrital 15001 - Antidosis Carlos Indio Arpaesuma Tola - Salud
2	1	UMG 1 Orellana	2220 - Dirección Distrital 22002 - Orellana Loreto (A) - Salud	2220 - Dirección Distrital 22002 - Orellana Loreto (A) - Salud	2220 - Dirección Distrital 22002 - Orellana Loreto (A) - Salud
3	1	UMG 1 Cotacachi	1091 - Dirección Distrital 05001 - Latacunga - Salud	1091 - Dirección Distrital 05001 - Latacunga - Salud	1091 - Dirección Distrital 05001 - Latacunga - Salud
3	2	UMG 1 Tungurahua	1463 - Dirección Distrital 14002 - Parícuti Urbano (Callejón Alameda y Páramo) y Páramos Rurales: Páramo Grande y Totoral - Salud	1463 - Dirección Distrital 14002 - Parícuti Urbano (Callejón Alameda y Páramo) y Páramos Rurales: Páramo Grande y Totoral - Salud	1463 - Dirección Distrital 14002 - Parícuti Urbano (Callejón Alameda y Páramo) y Páramos Rurales: Páramo Grande y Totoral - Salud

			UMG 2 TUNGURAHUA	1463 - Dirección Distrital 14002 - Parícuti Urbano (Callejón Alameda y Páramo) y Páramos Rurales: Páramo Grande y Totoral - Salud	1463 - Dirección Distrital 14002 - Parícuti Urbano (Callejón Alameda y Páramo) y Páramos Rurales: Páramo Grande y Totoral - Salud
Chimborazo	2	UMG 1 Chimborazo	1113 - Dirección Distrital 06001 - Chacabamba - Salud	1113 - Dirección Distrital 06001 - Chacabamba - Salud	1113 - Dirección Distrital 06001 - Chacabamba - Salud
Potosí	1	UMG 1 Potosí	1003 - Coordinación Zonal 4 - Salud	1003 - Coordinación Zonal 4 - Salud	1003 - Coordinación Zonal 4 - Salud
Manabí	1	UMG 1 Manabí	1337 - Dirección Distrital 13007 - Chone - Flamingo - Salud	1337 - Dirección Distrital 13007 - Chone - Flamingo - Salud	1337 - Dirección Distrital 13007 - Chone - Flamingo - Salud
Manabí	1	UMG 2 Manabí	1344 - Dirección Distrital 13004 - 24 de Mayo Santa Ana-Domingo - Salud	1344 - Dirección Distrital 13004 - 24 de Mayo Santa Ana-Domingo - Salud	1344 - Dirección Distrital 13004 - 24 de Mayo Santa Ana-Domingo - Salud
Manabí	1	UMG 3 Manabí	1346 - Dirección Distrital 13007 - Jama Pedernales - Salud	1346 - Dirección Distrital 13007 - Jama Pedernales - Salud	1346 - Dirección Distrital 13007 - Jama Pedernales - Salud
San. Tulcanes	1	UMG-Q Santo Domingo	1605 - Hospital General Santo Domingo	1605 - Hospital General Santo Domingo	1605 - Hospital General Santo Domingo
Bolívar	1	UMG 1 Bolívar	1032 - Dirección Distrital 02002 - Chumbo-San Miguel - Salud	1032 - Dirección Distrital 02002 - Chumbo-San Miguel - Salud	1032 - Dirección Distrital 02002 - Chumbo-San Miguel - Salud

			UMG 1 Guayas	1605 - Hospital General Santo Domingo	1605 - Hospital General Santo Domingo
Guayas	1	UMG 1 Guayas	1605 - Hospital General Santo Domingo	1605 - Hospital General Santo Domingo	1605 - Hospital General Santo Domingo
Los Rios	4	UMG 1 Los Rios	1801 - Dirección Distrital 18001 - Bata-Babahoyo-Monche - Salud	1801 - Dirección Distrital 18001 - Bata-Babahoyo-Monche - Salud	1801 - Dirección Distrital 18001 - Bata-Babahoyo-Monche - Salud
Los Rios	4	UMG 2 Los Rios	1801 - Dirección Distrital 18001 - Bata-Babahoyo-Monche - Salud	1801 - Dirección Distrital 18001 - Bata-Babahoyo-Monche - Salud	1801 - Dirección Distrital 18001 - Bata-Babahoyo-Monche - Salud
Los Rios	4	UMG 3 Los Rios	1801 - Dirección Distrital 18001 - Bata-Babahoyo-Monche - Salud	1801 - Dirección Distrital 18001 - Bata-Babahoyo-Monche - Salud	1801 - Dirección Distrital 18001 - Bata-Babahoyo-Monche - Salud
Los Rios	4	UMG 4 Los Rios	1801 - Dirección Distrital 18001 - Bata-Babahoyo-Monche - Salud	1801 - Dirección Distrital 18001 - Bata-Babahoyo-Monche - Salud	1801 - Dirección Distrital 18001 - Bata-Babahoyo-Monche - Salud
Santa Elena	1	UMG 1 Santa Elena	1289 - Dirección Distrital 24001 - Santa Elena - Salud	1289 - Dirección Distrital 24001 - Santa Elena - Salud	1289 - Dirección Distrital 24001 - Santa Elena - Salud
Azuay	5	UMG-Q Azuay	0605 - Coordinación Zonal 5 - Salud	0605 - Coordinación Zonal 5 - Salud	0605 - Coordinación Zonal 5 - Salud
Azuay	5	UMG 1 Azuay	1003 - Dirección Distrital 01003 - Parícuti Urbano (Callejón Alameda y Páramo) y Páramos Rurales: Páramo Grande y Totoral - Salud	1003 - Dirección Distrital 01003 - Parícuti Urbano (Callejón Alameda y Páramo) y Páramos Rurales: Páramo Grande y Totoral - Salud	1003 - Dirección Distrital 01003 - Parícuti Urbano (Callejón Alameda y Páramo) y Páramos Rurales: Páramo Grande y Totoral - Salud
Azuay	5	UMG 2 Azuay	1003 - Dirección Distrital 01003 - Parícuti Urbano (Callejón Alameda y Páramo) y Páramos Rurales: Páramo Grande y Totoral - Salud	1003 - Dirección Distrital 01003 - Parícuti Urbano (Callejón Alameda y Páramo) y Páramos Rurales: Páramo Grande y Totoral - Salud	1003 - Dirección Distrital 01003 - Parícuti Urbano (Callejón Alameda y Páramo) y Páramos Rurales: Páramo Grande y Totoral - Salud
Azuay	5	UMG 3 Azuay	1003 - Dirección Distrital 01003 - Parícuti Urbano (Callejón Alameda y Páramo) y Páramos Rurales: Páramo Grande y Totoral - Salud	1003 - Dirección Distrital 01003 - Parícuti Urbano (Callejón Alameda y Páramo) y Páramos Rurales: Páramo Grande y Totoral - Salud	1003 - Dirección Distrital 01003 - Parícuti Urbano (Callejón Alameda y Páramo) y Páramos Rurales: Páramo Grande y Totoral - Salud
Azuay	5	UMG 4 Azuay	1003 - Dirección Distrital 01003 - Parícuti Urbano (Callejón Alameda y Páramo) y Páramos Rurales: Páramo Grande y Totoral - Salud	1003 - Dirección Distrital 01003 - Parícuti Urbano (Callejón Alameda y Páramo) y Páramos Rurales: Páramo Grande y Totoral - Salud	1003 - Dirección Distrital 01003 - Parícuti Urbano (Callejón Alameda y Páramo) y Páramos Rurales: Páramo Grande y Totoral - Salud

			UMG 1 Cacha	1012 - Dirección Distrital 01002 - Sagay - Salud	1012 - Dirección Distrital 01002 - Sagay - Salud
Cacha	2	UMG 2 Cacha	1012 - Dirección Distrital 01002 - Sagay - Salud	1012 - Dirección Distrital 01002 - Sagay - Salud	1012 - Dirección Distrital 01002 - Sagay - Salud
Mazón	1	UMG 1 Mazón	1367 - Dirección Distrital 14001 - Mazón - Salud	1367 - Dirección Distrital 14001 - Mazón - Salud	1367 - Dirección Distrital 14001 - Mazón - Salud
El Oro	3	UMG-Q El Oro	1139 - Dirección Distrital 07004 - Salas - Salud	1139 - Dirección Distrital 07004 - Salas - Salud	1139 - Dirección Distrital 07004 - Salas - Salud
El Oro	3	UMG 1 El Oro	1139 - Dirección Distrital 07004 - Salas - Salud	1139 - Dirección Distrital 07004 - Salas - Salud	1139 - Dirección Distrital 07004 - Salas - Salud

				07002 - Machala - Salud	1132 - Distrito 07001 - Machala - Salud 1140 - Distrito 07003 - Machalilla - Portobello - Zamora - Salud 1139 - Distrito 07004 - Machalilla - Portobello - Mila - Salud
7				UMG 2 El Oro	1273 - Distrito 11001 - Loja - Salud 1274 - Distrito 11002 - Catenawa - Chaguanilla - Cuenca - Salud 1275 - Dirección Distrital 11003 - Palto - Salud 1276 - Dirección Distrital 11004 - Cacha - Puyo - Salud 1277 - Dirección Distrital 11005 - Eguiluz - Salud 1278 - Dirección Distrital 11006 - Cacha - Cuenca - Salud 1279 - Dirección Distrital 11007 - Alacran - Cuenca - Salud 1280 - Dirección Distrital 11008 - Saraguro - Salud 1281 - Dirección Distrital 11009 - Zapotillo - Salud
		1	UMG 1 Loja	1271 - Dirección Distrital 11001 - Loja - Salud	1275 - Dirección Distrital 11006 - Cacha - Cuenca - Salud 1277 - Dirección Distrital 11007 - Alacran - Cuenca - Salud 1280 - Dirección Distrital 11008 - Saraguro - Salud 1281 - Dirección Distrital 11009 - Zapotillo - Salud
					1280 - Distrito 13003 - Yacumbi - Zamora - Salud 1330 - Distrito 13002 - Cuenca del Cordero - Nangaita - Patache - Salud 1331 - Distrito 13003 - Chunchi - Palanda - Salud 1332 - Distrito 13004 - El Pailón - Yacumbi - Salud
Zamora		1	UMG 1 Zamora	1330 - Dirección Distrital 09001 - Yacumbi - Zamora - Salud	1330 - Distrito 13003 - Cuenca del Cordero - Nangaita - Patache - Salud 1331 - Distrito 13003 - Chunchi - Palanda - Salud 1332 - Distrito 13004 - El Pailón - Yacumbi - Salud
8	Guayas	5	UM-DO Guayas	0508 - Coordinación Zonal 8 - Salud	Provincia de Guayas y coordinaciones zonales a nivel nacional de acuerdo a requerimiento.
			UM-Q Guayas	0508 - Coordinación Zonal 8 - Salud	Provincia de Guayas y coordinaciones zonales a nivel nacional de acuerdo a requerimiento.
</					

Fuente: elaborado por la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles

Anexo V. Sitios seguros para ubicación de los hospitales móviles a nivel nacional

En el mes de agosto de 2014, se designó un equipo técnico de la DNAPHUM para visitar las provincias de Esmeraldas, Manabí, Santa Elena, Los Ríos con el fin de identificar los posibles sitios de ubicación para los Hospitales Móviles, en el marco de la probabilidad de que el Fenómeno del Niño se presente con fuerza. Una vez realizada las visitas, se identificaron varios lugares que cumplieron con la infraestructura sanitaria y los servicios básicos necesarios para el correcto funcionamiento de estas unidades. En la Tabla 40 se determinan los datos de ubicación mencionados.

Tabla 40. Ubicación de terrenos para Hospitales Móviles en posible movilización para Plan de Contingencia ENOS.

No.	NOMBRE	PROVINCIA	CANTÓN	LONGITUD	LATITUD (°)	COORD X(m)	COORD Y (m)
1	Autoridad Portuaria	Esmeraldas	Esmeraldas	-79,653366	0,984038	649838,5774	10108796,1176
2	Recinto Ferial	Esmeraldas	Esmeraldas	-79,662586	0,925621	648815,0021	10102337,C
3	Colegio Simón Plata	Esmeraldas	Quindé	-79,472101	0,326491	670034,4511	10036099,9904
4	Liga Deportiva Cantón Sucre	Manabí	Sucre	-80,427675	-0,625588	563682,7384	9930850,2291
5	Aeropuerto Reales Tamarindos	Manabí	Portoviejo	-80,468899	-1,045756	559089,3179	9884407,4139
6	Estadio Reales Tamarindos	Manabí	Portoviejo	-80,454778	-1,047895	560660,4003	9884170,7092
7	El Paseo Shopping	Santa Elena	La Libertad	-80,921082	-2,227362	508775,0099	9753808,0956
8	Univ. Península de Santa Elena	Santa Elena	La Libertad	-80,877499	-2,232567	513621,0268	9753232,4456
9	Parque El Tablazo	Santa Elena	Santa Elena	-80,854061	-2,216908	516227,3013	9754963,0296

Fuente: Elaborado por la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles.

Considerando la dinámica cambiante del Ecuador entorno a la aparición de diferentes eventos naturales y antrópicos que históricamente se han desarrollado a lo largo de su extensión territorial. En este marco, se han determinado posibles sitios que deberán ser visitados para análisis in situ y establecer si prestan las condiciones necesarias para el funcionamiento de los Hospitales Móviles. Estos sitios se muestran en la Tabla 41, a continuación.

Tabla 41. Ubicación de sitios seguros para ubicación de los hospitales móviles.

SIERRA							
No.	NOMBRE	PROVINCIA	CANTÓN	LONGITUD	LATITUD (°)	COORD X(m)	COORD Y (m)
1	SENPLADES	Azuay	Cuenca	-79,02797870	-2,90417919	719200,00	9678807,00
2	H.V. Corral Moscoso	Azuay	Cuenca	-78,99276789	-2,91153997	723114,00	9677986,00
3	El Salado	Azuay	Cuenca	-79,03049209	-2,91719464	718918,00	9677368,00
4	Cs Carlos Elizalde	Azuay	Cuenca	-79,04338284	-2,92024625	717484,00	9677033,00
5	Estadio Guaranda	Bolívar	Guaranda	-79,00248912	-1,58248861	722234,00	9824980,00
6	Estadio Federativo	Cañar	Azogues	-78,85198523	-2,73442450	738806,00	9697548,00
7	Av. De La Cultura/Tulcán	Carchi	Tulcán	-77,71781900	0,81504374	865389,03	10090235,88
8	Aeropuerto Luis a Mantilla	Carchi	Tulcán	-77,70662140	0,81108403	866637,34	10089798,50
9	Hospital Básico El Ángel	Carchi	Espejo	-77,94387035	0,62275744	840213,17	10068932,13
10	Pana Norte	Carchi	Bolívar	-77,9523567	0,43942692	838956,77	10048639,01
11	Estadio de Riobamba	Chimborazo	Riobamba	-78,65926971	-1,66698258	760428,00	9815593,00

12	Edificio Aeropuerto-Riobamba	Chimborazo	Riobamba	-78,65709278	-1,65432448	760672,00	9816993,00
13	Coliseo Mayor	Cotopaxi	Latacunga	-78,60746362	-0,93580952	766272,00	9896474,00
14	Exterior Estadio La Cocha	Cotopaxi	Latacunga	-78,61504121	-0,92481376	765429,00	9897691,00
15	Junto Al Terminal	Imbabura	Ibarra	-78,13391238	0,34577753	819052,00	10038267,00
16	Colegio Gómez de la Torre	Imbabura	1 barra	-78,11666301	0,34045923	820974,00	10037679,00
17	Aeropuerto, Camilo Ponce Enríquez	Loja	Cata mayo	-79,37006535	-3,99721493	680957,00	9558001,00
18	Terminal Terrestre	Loja	Loja	-79,20687370	-3,97783016	699085,00	9560107,00
19	Parque Bicentenario	Pichincha	Quito	-78,49021776	-0,14448165	779365,00	9984015,00
20	Calderón - Sector Feria Libre	Pichincha	Quito	-78,42487217	-0,09894929	786644,00	9989052,00
21	Quitumbe- Plaza Quitumbe	Pichincha	Quito	-78,54718751	-0,29451670	773017,00	9967417,00
22	Aeropuerto Chachoan	Tungurahua	Ambato	-78,57436975	-1,21250140	769933,00	9865861,00
ORIENTE							
No.	NOMBRE	PROVINCIA	CANTÓN	LONGITUD	LATITUD (°)	COORD X(m)	COORD Y (m)
23	Estadio 9 de Mayo. Plazoleta.	El Oro	Máchala	-79,96235626	-3,25535763	615285,00	9640122,00
24	Junto a la Pista Macas	Morona Santiago	Morona	-78,11749327	-2,29065385	820632,00	9746490,00
25	Arosemena Tola, Napo	Napo	C.J. Arosemena	-77,856D6039	-1,16684456	849946,40	9870832,77
26	Escuela del Milenio, Tena	Napo	Tena	-77,54846636	-1,05337737	884238,68	9883357,06
27	Parque Central Tena,	Napo	Tena	-77,81810622	-0,99466950	854195,34	9889888,13
28	Recinto Ferial de Orellana	Orellana	Orellana	-76,99235949	-0,44746089	946303,03	9950420,07
29	Junto Al Coliseo del Coca	Orellana	Orellana	-76,99191966	-0,44843752	946352,03	9950311,83
30	Santa Clara.	Pastaza	Santa Clara	-77,88978395	-1,27250046	846175,43	9859141,42
31	Arajuno, la Matriz	Pastaza	Arajuno	-77,68914139	-1,24032046	868536,27	9862676,43
32	Parque Nueva Loja	Sucumbios	Lago Agrio	-76,88781858	0,08270152	957978,37	10009164,7 6
COSTA*							
COSTA*	COSTA*	COSTA*	COSTA*	COSTA*	COSTA*	COSTA*	COSTA*
34	MERCADO DE QUEVEDO	LOS RÍOS	QUEVEDO	-79,46732046	-1,01007527	670543,00	9888316,00
35	PUENTE SUR-QUEVEDO	LOS RÍOS	QUEVEDO	-79,46328894	-1,04207106	670990,00	9884778,00
36	ESCUELA RUFFOP.	LOS RÍOS	VINCES	-79,75438367	-1,55778115	638566,00	9827777,00
33	Aeropuerto Cumbatza -Zamora	Zamora	Zamora Chinchipe	-78,89069138	-4,02122581	734192,00	9555224,00

•Terrenos adicionales a los establecidos en la Tabla anterior, se encuentran por verificar. Fuente: Elaborado por la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles.

	Nombre	Área	Sumilla
Aprobado	Dra. Fernanda Andrade	Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud	
	Dra. Martha Gordón	Directora Nacional de Normalización (E)	
Revisado	Ing. Oswaldo Echeverría	Director Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles (E)	
	Dra. Ximena Raza	Coordinadora de la DNN	
Elaborado	Ing. Gabriela Pazmiño	Coordinadora de la Organización de los Sistemas de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles	
	Ldo. René Abarca	Coordinador Interinstitucional del Sistema de Atención Pre-hospitalaria	
	Dra. Elva Romero	Especialista de la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles	
	Lda. Mónica Martínez	Especialista de la Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles	

DISPOSICIONES EN ACUERDOS REFORMATARIOS

ACUERDO No.0206-2018 (R.O. 247, 23-V-2018)

Art. 1.- Traspasar a las Coordinaciones Zonales de Salud los roles designados a las Direcciones Distritales de Salud como anclaje administrativo de las ambulancias de atención pre-hospitalaria y de las unidades móviles generales, constantes en el " Modelo de Gestión, Organización y Funcionamiento Servicio de Atención de Salud Móvil", en virtud de lo cual dichas Coordinaciones asumen la responsabilidad de dicho anclaje.

FUENTES DE LA PRESENTE EDICIÓN DEL ACUERDO QUE APRUEBA Y EXPIDE EL DOCUMENTO DENOMINADO “MODELO DE GESTIÓN, ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE ATENCIÓN DE SALUD MÓVIL”

- 1.- Acuerdo 00000023 (Edición Especial del Registro Oficial 557, 11-IV-2016)
- 2.- Acuerdo 0206-2018 (Registro Oficial 247, 23-V-2018).