

Atención primaria de salud

Aida Macías Alvia
Carmen Guaranguay Cháves
Fátima Monserrate Figueroa Cañarte
Jaqueline Delgado Molina
Lourdes Maribel Bello Carrasco
Mabel Sánchez Rodríguez
Magali Sabando Mera
Miladyz Placencia López
Miryam Patricia Loo Vega
Roberth Zambrano Santos
Yasmín Castillo Merino
Yubagni Rezabala Villao



Este libro ha sido evaluado bajo el sistema de pares académicos y mediante la modalidad de doble ciego.

Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí
Ciudadela universitaria vía circunvalación (Manta)
www.uleam.edu.ec

Autoridades:

Miguel Camino Solórzano, Rector
Iliana Fernández, Vicerrectora Académica
Doris Cevallos Zambrano, Vicerrectora Administrativa

Atención primaria de salud

© Aida Macías Alvia
© Carmen Guaranguay Cháves
© Fátima Monserrate Figueroa
© Jaqueline Delgado Molina
© Lourdes Bello Carrasco
© Mabel Sánchez Rodríguez
© Magali Sabando Mera
© Miladyz Placencia López
© Miryam Loor Vega
© Roberth Zambrano Santos
© Yasmín Castillo Merino
© Yubagni Rezabala Villao

Consejo Editorial: Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí
Director Editorial: Fidel Chiriboga Mendoza
Diseño de cubierta: José Márquez Rodríguez
Estilo, corrección y edición: Alexis Cuzme Espinales (DEPU)

ISBN: 978-9942-775-46-7

Edición: Primera. Diciembre 2018. Publicación digital.

Departamento de Edición y Publicación Universitaria (DEPU)
Ediciones Uleam
(Ciudadela Universitaria ULEAM, Ex sede ASOET segundo piso)
2 623 026 Ext. 255
Correo electrónico: edicionesuleam@gmail.com
Repositorio digital: www.munayi.uleam.edu.ec
Registro y sistema de Gestión editorial: www.munayi.uleam.edu.ec/segup

Manta - Manabí - Ecuador

	Índice
Prólogo	6
Capítulo I	7
La salud pública	
Lectura de reflexión	8
Objetivos de aprendizaje del capítulo	9
Evaluación inicial diagnóstica	10
Orientaciones metodológicas	11
1. La salud pública	12
1.1. Fundamentos de la salud pública	12
1.1.1. Transformación de la salud pública	12
1.1.2. Normas para la salud pública	13
1.2. Salud pública en América Latina	16
1.2.1. Salud pública en el Ecuador	16
1.2.2. Sistema de salud pública	17
1.3. Evolución de la salud pública	20
1.3.1. El Ministerio de Salud Pública	21
1.3.2. Prevención y erradicación de las epidemias	21
1.3.3. Enfoque Económico	22
1.4. Funciones de la salud pública	23
1.4.1. Funciones básicas de la salud pública: Aseguramiento	27
1.4.2. Funciones esenciales de la salud pública	27
1.5. Investigación epidemiológica y sociodemográfica	28
1.5.1. Investigación básica	28
1.5.2. Estudios clínicos	29
1.5.3. Estudios epidemiológicos	33
1.5.4. Curva epidémica (curva EPI)	35
1.6. Salud comunitaria	35
1.6.1. Principales líneas de acción	36
1.6.1.1. Salud sexual y reproductiva	36
1.6.1.2. Educación para la salud	36
1.6.1.3. Nutrición	37
1.6.2. Organización de croquis	37
1.6.2.1. Tipos de croquis	39
1.6.2.2. Alternativas al croquis tradicional	40
1.6.3. Mapeo	41
1.6.4. Ficha familiar	43
1.6.4.1. Pasos a seguir para aplicar la ficha familiar	45
1.6.4.2. Como aplicaremos la ficha familiar	45
1.6.5. Tarjetero para citas	52
Bibliografía	54
Capítulo II	63
Modelo de Atención Primaria de Salud	
Lectura de reflexión	64
Evaluación inicial diagnóstica	65
Orientaciones metodológicas	67

2.1. Introducción	68
2.2. Modelo de Atención Integral de Salud	76
2.3. Enfermedades prevalentes en Ecuador y alternativas para su seguimiento y control	81
2.4. Atención Primaria de Salud Renovada	86
2.4.1. Cimientos para renovar la APS (Macinko, 2007)	89
2.4.2. Condiciones estructurales para la renovación de la Atención Primaria de Salud (Macinko, 2007)	89
2.4.3. Renovación de la Atención Primaria de Salud. Consecuencias para los servicios de salud	95
2.4.4. Los desafíos y metas en el desarrollo de los recursos humanos de salud	97
Bibliografía	98
Capítulo III	107
Programas de salud enfocados a la Enfermería	
Lectura de reflexión	108
Objetivos de aprendizaje	110
Evaluación inicial diagnóstica	111
3. Plan	112
3.1. Plan local de salud	112
3.1.1. Definición	112
3.1.2. Formulación del plan local de salud	113
3.1.3. Desarrollo del plan local de Salud	115
3.2. Planificación estratégica	115
3.3. Planificación operativa	117
3.4. Evaluación	117
3.4.1. Evaluación operativa	119
3.4.2. Evaluación de resultados	120
3.5. Programas de salud	121
3.5.1. Administración en los servicios de salud	122
3.5.2. Etapas del programa de salud	124
3.5.2.1. Planificación	124
3.5.2.2. Ejecución	125
3.5.2.3. Evaluación	126
3.6. Participación comunitaria	129
3.6.1. Niveles de participación comunitaria según Rifkin	130
3.6.2. Tipos de participación comunitaria	130
3.7. Estrategias de salud	131
3.8. Programas del Ministerio de Salud de Pública	133
3.8.1. Estrategia de prevención de casos de tuberculosis	135
3.8.1.1. Introducción	135
3.8.1.2. Objetivo general de la estrategia nacional de prevención de casos de tuberculosis	136
3.9. Estrategia nacional de inmunización	139
3.9.1. Evolución histórica	139
3.9.2. Misión	140
3.9.3. Visión	141
3.9.4. Objetivo general	141

3.10. Proyecto de tamizaje metabólico neonatal	146
3.10.1. Misión del TAMEN	147
3.10.2. Visión del TAMEN	147
Bibliografía	148
Capítulo IV	157
Intervención del enfermero en atención primaria de salud	
Lectura de reflexión	158
Objetivos de aprendizaje del capítulo 4	159
Evaluación inicial diagnóstica	160
Orientaciones metodológicas	161
4. Rol enfermero en atención primaria de salud	162
4.1. Origen del rol enfermero en atención primaria de salud	162
4.2. Proveedora de cuidado en el marco de la atención primaria integral y comunitaria que incluye promoción, protección, recuperación, rehabilitación de la salud y la prevención de la enfermedad	165
4.3. Docencia y transformación de los modos de vida saludable	171
4.4. Gestiones administrativas	172
4.5. Funciones de enfermería en el primer nivel de atención en salud	173
4.6. Niveles de intervención en atención primaria de salud	182
4.7. Procedimientos técnicos básicos	186
4.8. Promoción del autocuidado (identificación y tratamiento de las alteraciones de la respuesta humana)	189
4.9. Seguimiento y control de problemas de afrontamiento y adaptación	191
Bibliografía	208

Prólogo

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad.

La atención primaria es el mecanismo mediante el cual los países y las áreas proveen mejor salud a las poblaciones y las personas, con mayor equidad en salud en los subgrupos poblacionales, y con menores costes. El objetivo central es organizar los sistemas sanitarios en torno a un sistema fuerte centrado en el paciente, es decir, la atención primaria.

En este libro usted encontrará información actualizada sobre los temas más importante para mejorar y brindar con calidad y calidez una atención adecuada por el personal de salud en este caso de enfermería, le mostrará y le enseñará a utilizar las herramientas de trabajo que ayudarán a identificar y tratar los problemas de salud a este nivel, cuyo principal objetivo es prevenir y promover salud. Además al inicio de cada capítulo cuenta con una evaluación inicial, lo que nos permitirá evaluar el aprendizaje de los estudiantes y facilitar la enseñanza a los profesores así como la indicación de trabajos autónomos.

Es desde esta perspectiva que los autores y colaboradores de esta obra pretenden transmitir los conocimientos necesarios a los estudiantes de enfermería, para su mejor preparación y desempeño con los pacientes, desarrollando en cada capítulo una descripción que va desde lo sencillo hasta lo complejo de lo que es la salud pública, el modelo de atención de la APS, lo que es el programa de salud enfocados a la enfermería para terminar con un proyecto de intervención de enfermedades en atención primaria de salud, además la información contenida en este libro puede ser utilizada por todos los especialistas y docentes que en algún momento de su ejercicio profesional les corresponda tratar con estudiantes de la carrera de enfermería.

Espero que cada uno de los capítulos de esta obra interese, inquiete e invite a la reflexión al estudiante y los motive.

Dra. Yelennis Galardy Domínguez
Especialista de Segundo Grado en
Medicina General Integral

Capítulo I

La salud pública

Autores

Roberth Zambrano Santos. PhD.

Yasmín Castillo Merino. MSc.

Aida Macías Alvia. MSc.

Revisora

María Herrera Velázquez. Ph. D

Universidad Estatal del Sur de Manabí

Facultad de Ciencias de la Salud

Carrera de Enfermería

Lectura de reflexión

La enfermera de los patines rojos

Ya lo decía ayer "Enfermera Saturada" en su post de Navidad, "Una de las características de un buen contrato navideño es que llega con el sorteo de la lotería y se va con los Reyes Magos".

El contrato de mi amiga Laura también es así. La han llamado para trabajar al 75% estos días. Comienza el 23 y termina el día 6, aunque ella está encantada porque lleva sin trabajar desde finales de septiembre.

Estas navidades tiene que trabajar bastantes días. Su supervisora le ha puesto a trabajar la noche de Nochebuena y la tarde de Navidad. También el día 31 de tarde y el 1 de mañana. En Reyes tiene más suerte porque solo se pierde la cabalgata del día 5, pero el 6 por la mañana estará en casa para ver como sus peques abren sus regalos.

Trabajar estos días es normal para una persona que la contrata en un periodo tan corto, ya que "los viejos del lugar" suelen perderse esos días. Por lo que se ve, esto se va heredando conforme van pasando los años y llegará un tiempo donde Laura haga lo mismo (pienso yo).

El caso es que Laura, a pesar de tener que trabajar estos pocos días es feliz. Mucho tiempo de su vida lo ha dedicado a ser enfermera, a formarse, a estar actualizada, para dar lo mejor de sí misma haciendo lo que más le gusta: cuidar.

Cada vez que se pone sus zuecos rojos, piensa que son unos patines, con los que se mueve por la planta. Unos patines que le ayudan a sentirse enfermera al menos durante 15 días. Con los que "baila" por la planta cada mañana, cada tarde y cada noche. Con los que corre cuando alguna persona la necesita. Con los que escucha las opiniones de sus compañeros. Con los que enseña a las alumnas cuando vienen de prácticas. Los que lleva puestos, mientras saca un ratito de madrugada para revisar algunos artículos... con los que escucha a Mario, mientras este le cuenta porqué está triste.

Lo único que desearía es tener los patines rojos puestos toda su vida.

Tomado de la página www.cuidando.es/la-enfermera-de-los-patines-rojos/

Objetivos de aprendizaje del capítulo

Al finalizar el estudio del primer capítulo del libro: “Atención Primaria de Salud”, los estudiantes estarán en capacidad de:

- a. Definir los conceptos básicos de la salud pública.
- b. Identificar las funciones esenciales de la salud pública.
- c. Focalizar las áreas más vulnerables en salud de una comunidad.
- d. Diseñar herramientas gráficas que identifiquen los problemas de salud de una comunidad.

Evaluación inicial diagnóstica

Responder a las siguientes interrogantes:

1. ¿Qué es salud?

2. ¿A qué conoce como salud pública?

3. ¿En qué radica la importancia de la salud pública?

4. ¿En qué nivel de la salud se ubica la salud pública?

5. ¿En cuáles de los niveles de salud se debe enfatizar la educación?

Orientaciones metodológicas

El primer capítulo del libro de “Atención Primaria de Salud” presenta un enfoque general de la salud en Ecuador y el mundo, enfatizando en los problemas de salud pública, las funciones esenciales de la misma, la investigación epidemiológica, sociodemográfica y salud comunitaria. Los estudiantes deben hacer una lectura crítica de cada temática antes de clases, con la finalidad de que los encuentros entre compañeros y docentes se conviertan en espacios de análisis, debates y críticas, en los cuales prime el respeto a la libertad de opiniones.

Los contenidos del capítulo están estructurados para ser desarrollados en cuatro semanas, proponiendo en cada semana de estudio, actividades autónomas que consoliden los aprendizajes. Estas actividades están articuladas con la investigación y vinculación con la sociedad. Al final del capítulo se propone también una evaluación final.

1. La salud pública

1.1. Fundamentos de la salud pública

La salud pública funciona a través de canales y en múltiples temas para tener un impacto en la salud de la población. El trabajo es diverso, incluyendo prestación de servicios clínicos individuales, educación, inspección, vigilancia y desarrollo de políticas entre otras actividades (Ministry of Health and Long-Term Care, 2017). Lo que unifica la acción de salud pública es su enfoque en la prevención, las intervenciones aguas arriba y los factores sociales que influyen en la salud. En Ecuador, el sistema de salud pública refleja la diversidad de la población. Los consejos de salud sirven a poblaciones grandes y pequeñas, en entornos urbanos y rurales. Cada uno de ellos tiene la responsabilidad de ofrecer programas y servicios locales de salud pública dentro de sus fronteras geográficas (World Health Organization, 2016). La salud pública lo hace en asociación con muchas otras entidades, incluyendo organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y comunitarias (World Health Organization, 2000). La salud pública también crea asociaciones con las comunidades indígenas para trabajar en conjunto para atender sus necesidades de salud (World Health Organization, 2013).

1.1.1. Transformación de la salud pública

La transformación ocurre dentro del sector de la salud pública, incluyendo su papel en el sistema de salud más amplio. Estos cambios tienen como objetivo maximizar las contribuciones de la salud pública para mejorar la salud de la población y aprovechar nuestras fortalezas para informar y reorientar el sistema de salud (Copenhague: WHO Regional Office for Europe, 2016). Fortalecen el sector de la salud pública, haciéndolo más transparente, responsable y sostenible. Junto con los cambios en la atención de la salud, la transformación de la salud pública conduce a un sistema de salud más integrado que satisface las necesidades de todos los habitantes a nivel mundial (World Health Organization, 2006).

La Transformación de la Salud Pública es desencadenada por una serie de factores:

- a. Hay oportunidades para mejorar la calidad y la prestación de los programas y servicios de salud pública. La base de la evidencia para la salud pública está creciendo; sabemos más acerca de la práctica efectiva

en las principales funciones de salud pública. El trabajo de la salud pública debe ser sensible a esta evidencia emergente y a las cuestiones prioritarias a nivel mundial (World Health Organization, 2016).

- b. Se reconoce que la salud pública está desconectada del sistema de salud más amplio. Los programas y servicios de salud pública no se integran perfectamente con los de otros sectores de la salud y los conocimientos y experiencia en salud pública no son una parte consistente de la planificación del sistema de salud.
- c. Se pide una mayor eficiencia en todos los sectores de la salud, incluida la salud pública, y la necesidad de fortalecer la rendición de cuentas y la transparencia para demostrar la contribución y el valor de la salud pública. Los Estándares para Programas y Servicios de Salud Pública cumplirán tres propósitos principales:
 - Incorporar evidencia emergente y las mejores prácticas aceptadas actualmente en salud pública.
 - Alinear los programas y servicios de salud pública con cambios más amplios en la salud pública y en el sistema de salud.
 - Facilitar la prestación óptima de las funciones de salud pública y coordinar la prestación de los programas y servicios de salud pública en todo el continuo de la salud. Las Normas para Programas y Servicios de Salud Pública apoyan mejoras tangibles en la salud de todos los habitantes a través de la prestación de programas y servicios de salud pública basados en las necesidades y contextos de las comunidades locales.

1.1.2. Normas para la salud pública

Programas y Servicios

Propósito

Las normas definen las funciones de la salud pública en un sistema transformado y están informadas por las funciones básicas de salud pública, que incluyen:

- Evaluación y Vigilancia.
- Promoción de la Salud y Desarrollo de Políticas.

- Protección de la salud.
- La prevención de enfermedades.
- Preparación para emergencias.
- Las juntas de salud son responsables de las actividades en todas las áreas funcionales principales.

Alcance

Las juntas de salud son responsables de la evaluación, planeación, entrega, manejo y evaluación de una variedad de programas y servicios de salud pública que abordan múltiples necesidades de salud y responden a los contextos en los cuales estas necesidades ocurren. Los estándares articulan solamente aquellos programas y servicios que todos los consejos de salud proveerán y no tienen la intención de abarcar el alcance potencial total de la programación de salud pública.

El alcance de estas normas incluye una amplia gama de actividades basadas en la población, diseñadas para promover y proteger la salud de la población en su conjunto y reducir las desigualdades en salud. El papel de los consejos de salud es apoyar y proteger el bienestar físico y mental, la resiliencia y la conexión social de la población de la unidad de salud local, con un enfoque en la promoción de los factores de protección y el tratamiento de los factores de riesgo. Las Normas para los Programas y Servicios de Salud Pública identifican los requisitos que deben surgir en resultados específicos del programa y contribuyen a los resultados y metas basados en la población. Las juntas de salud deben adaptar los programas y servicios para satisfacer las necesidades locales y trabajar hacia el logro de resultados y metas específicos.

Muchos de los estándares están respaldados por protocolos que establecen requisitos específicos. Los consejos de salud son responsables de implementar los requisitos articulados en estas normas y protocolos. Otros documentos a los que se hace referencia en las normas apoyan la planificación y la implementación.

El logro de los objetivos generales se basa en los logros de los consejos de salud junto con los de muchas otras organizaciones, organismos gubernamentales y socios de la comunidad. Los resultados y las metas basados en la población ayudan

a calificar la contribución colectiva hacia aspiraciones más amplias de la salud y de la sociedad. La medición a estos niveles cumplirá con los requisitos de presentación de informes mientras ayuda a los consejos de salud en la planificación y organización de programas y servicios en relación con otros socios de la comunidad (Ministry of Health and Long-Term Care, 2017).

Formato

Los principios de Necesidad, Impacto, Capacidad, Colaboración, Colaboración y Compromiso sustentan las Normas Fundamentales de un Programa (Ministry of Health and Long-Term Care, 2017). Los consejos de salud deberán establecer los principios para guiar la evaluación, planificación, entrega, administración y evaluación de los programas y servicios de salud pública (World Health Organization, 2016). Los Estándares para Programas y Servicios de Salud Pública están organizados de la siguiente manera:

Cuatro patrones fundamentales:

1. Evaluación de la salud de la población.
2. Equidad en salud.
3. La práctica de salud pública eficaz incluye tres secciones:
 - Planificación de programas, evaluación y toma de decisiones basadas en evidencias;
 - Investigación, intercambio de conocimientos y comunicación; y
 - Calidad y transparencia.
4. Preparación, Respuesta y Recuperación de Emergencias

Los Estándares Fundacionales articulan los requisitos específicos que subyacen y apoyan todas las Normas del Programa (Ministry of Health and Long-Term Care, 2017). Los requisitos de evaluación y vigilancia sanitaria de la población también se incluyen en cada Norma del Programa.

Ocho Estándares del Programa incluyen requisitos agrupados temáticamente para tratar las Enfermedades Crónicas y la Prevención de Lesiones (World Health Organization; , 2016), el Bienestar y el Uso Indebido de Sustancias; Seguridad alimenticia; Entornos Saludables; Crecimiento y desarrollo saludables; Inmunización; Prevención y control de enfermedades infecciosas y transmisibles;

Agua segura; y Salud Escolar (World Health Organization; , 2016) (Heymann, 2008) (World Health Organization, 2016) (World Health Organization, 2016). Tanto los Estándares Fundamentales como los Estándares del Programa articulan objetivos, resultados de programas y requisitos basados en la población (Ministry of Health and Long-Term Care, 2017)

1.2. Salud pública en América Latina

Algunos de los países que constituyen América Latina llevan a la práctica el concepto de salud definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), de este modo permite entender a la salud como un constituyente fundamental de los ejes de la Carta Constitutiva de la OMS y, a su vez, ha marcado desafíos de dos generaciones de salubristas latinoamericanos.

La búsqueda por asegurar la universalización de un estado completo de bienestar ha estado directamente asociada a la lucha por la eliminación de las dificultades de acceso a la atención de salud y en el goce de una vida plena entre países y comunidades, sectores socioeconómicos, zonas urbanas y rurales, hombres y mujeres, y entre adultos y niños, niñas y adolescentes (Organización Panamericana de la Salud, 2016).

1.2.1. Salud pública en el Ecuador

El Manual del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) utiliza el concepto dado por la OMS en su Constitución del año 1946, la cual define la salud como el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (World Health Organization, 2017). La salud involucra que todas las necesidades esenciales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales (Ministerio de Salud Pública, 2016).

La salud es entendida como un producto de las condiciones sociales y biológicas y a la vez como productor de contextos que permiten el desarrollo integral a nivel particular y colectivo, se edifica el marco de las condiciones económicas, sociales,

políticas, culturales, ambientales, de las formas de relación con los grupos sociales, de las formas en que cada sociedad se constituye para la distribución de los bienes, entre ellos los servicios de salud y de como a nivel individual y sobre una base biológica y espiritual se procesan estas condiciones (Ministerio de Salud Pública, 2009).

La Constitución Ecuatoriana, desde una visión integral de la salud (Capítulo segundo, Art. 32) reconoce la salud como un derecho fundamental que tiene que ser garantizado por el Estado y cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos que sustentan el Buen Vivir (Asamblea Constituyente, 2008).

Entre las principales causas de enfermedad y muerte en el Ecuador, reportadas por el MSP están descritas (Ministerio de Salud Pública, 2015), mortalidad materna, situación alimentaria y nutricional, obesidad, VIH/SIDA, tuberculosis, malaria, dengue, cáncer y violencia social, todas estas constituyen un problema de salud pública (Organización Panamericana de la Salud, 2016).

1.2.2. Sistema de salud pública

Para contar con un contexto referencial, se hace necesario revisar algunos conceptos básicos sobre lo que ha de entenderse como sistema nacional de salud. Para el efecto, se han escogido definiciones provenientes de experiencias en las que se materializaron sistemas de salud sólidamente contruidos. En la mayoría de países europeos, por ejemplo, se pueden diferenciar dos tipos de componentes en los sistemas de salud: los estructurales y los socioeconómicos. El componente estructural lo comprenden tres elementos: la atención primaria, que ha evolucionado del médico de cabecera al centro de salud; la atención hospitalaria, con un progreso desde el hospital general de beneficencia a la atención especializada en diversos niveles; y la salud pública, que ha pasado de la medicina preventiva a la promoción de la salud y la planificación sanitaria.

Por su parte, el componente socio-económico del sistema de salud comprende otros tres aspectos: la participación del sector público y del privado en su financiación; el tipo de funcionamiento en su globalidad y en sus diferentes niveles; y la relación que guardan el sistema sanitario (servicios y recursos públicos, garantía de derechos activos, entre otros) y la población (usuarios, clientes,

copartícipes, entre otros) con el Estado (Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS, 2017).

Por otro lado, conservando como referencia a los países europeos, se pueden reconocer dos tipos clásicos de sistemas de salud. Primero, el sistema “Bismarck”, en el que el Estado “garantiza las prestaciones sanitarias a través de cuotas obligatorias, dando libertad para la negociación entre los tres protagonistas: los usuarios, los profesionales y las entidades aseguradoras”. Este sistema corresponde, por tanto, a un seguro obligatorio de enfermedad. Y segundo, el sistema “Beveridge”, que constituye “una estructura pública sanitaria financiada por los presupuestos del Estado, que da cobertura universal, gratuita y completa”, y que funciona junto a una prestación privada suplementaria y opcional a cargo de seguros privados, o canalizada a través de pagos por servicio médico.

Para cerrar esta breve revisión, es importante destacar la inequívoca concepción de los servicios de cuidado primario como parte nuclear de auténticos sistemas nacionales de salud que procuran garantizar la atención de salud por parte del Estado, con atributos reales y no teóricos de universalidad, equidad, calidad y eficiencia. Este es el deber ser de un apropiado modelo de atención de salud. Dentro del marco más amplio de América Latina, a continuación procuraremos analizar los esfuerzos que se han realizado en Ecuador para acercarse a tales propósitos (Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS, 2017).

La configuración de los sistemas de salud en América Latina y dentro de ella el de Ecuador, ha tendido a ser organizada alrededor de tres subsectores separados (MSP , 2010). El público u oficial, frecuentemente organizado en unidades de jurisdicción nacional, provincial, municipal, etc. El de la seguridad social, con jurisdicciones diferentes y capacidad instalada propia. Y el privado, con una amplia gama de provisión, desde consultorios ambulatorios hasta unidades de alta especialización (Ministerio de Salud Pública, 2014).

A finales de los años ochenta, una caracterización de los servicios de salud en la región (OPS/ OMS, 1989) registró las debilidades (que, en general, todavía se mantienen) señaladas a continuación:

- Falta de rectoría por parte de los Ministerios de Salud, con una consecuente falta de coordinación entre subsectores, y una duplicación y dispendio de recursos.
- Protección insuficiente de la población: notorio déficit de cobertura, calidad y distribución de servicios de salud, sumado a debilidades financieras y de gestión.
- Concentración de recursos en hospitales y sectores urbanos (Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 2017).
- Bajo rendimiento de equipos e instalaciones y excesiva inversión tecnológica en equipamiento de alta complejidad.
- Gasto reducido en salud, menor a cifras mundiales promedio (100 dólares/habitante/año).
- Y, por último, falta de sistemas permanentes de evaluación.

Los elementos señalados prácticamente corresponden, en su totalidad, a la situación de la atención de salud en Ecuador. Hasta el 2017, año en que se debió cumplir con las metas del Plan Nacional del Buen Vivir (SEMPADES, 2013), todavía con una clara resonancia actual, se caracteriza al panorama de la salud en nuestro país en los siguientes términos: “En general, el Sistema Institucional (existen también servicios no formales o de medicina tradicional) ha desarrollado, históricamente, un modelo de atención preocupado más por la curación que por la prevención y el fomento de la salud (MSP, Manual de Organización de las áreas de salud, 2015).

Actividad de trabajo autónomo 1

Elaborar un ensayo científico sobre el tema: “La historia natural de una enfermedad en el hombre”, analizando el periodo pre-patogénico, patogénico y resultado, con un enfoque de bioseguridad. El ensayo deberá contener los siguientes elementos: Introducción, Desarrollo, Conclusiones y Bibliografía. El trabajo deberá contener mínimo 5 fuentes en la bibliografía y entre 1500 y 2000 palabras en total. Las normas de redacción serán las Vancouver.

1.3. Evolución de la salud pública

En la Historia de la Medicina se describen las grandes tendencias y hechos relevantes que se han producido en el ámbito de la salud en los distintos períodos históricos de un país y contextualiza las concepciones de salud, las características del proceso salud-enfermedad y las prácticas médicas consecuentes con el medio social imperante en cada época (Hamerly, 1842).

La Historia de la Medicina del Ecuador, lo mismo que nuestra historia general, es rica en acontecimientos, anécdotas y personajes que se han ido sucediendo en las distintas formaciones sociales ecuatorianas, en respuesta a los cambios socioeconómicos operados en cada una de ellas (Pareja, 1974).

Diversas obras nacionales de alta calidad dan cuenta, con abundancia de detalles, de los hechos médico-sanitarios relevantes producidos a lo largo de nuestra historia, describiendo a la par el contexto socioeconómico en el cual se desarrollaron (CUEVA, 1973).

La Cronología médica ecuatoriana, obra básica de la Historia de la Medicina ecuatoriana y cuyo autor es Juan José Samaniego, estudia minuciosamente la situación de salud del país desde la época colonial hasta 1947 (CEVALLOS, 1994). Las brillantes páginas de la Historia de la Medicina del Ecuador, de Virgilio Paredes Borja, dan cuenta de los hechos más importantes acaecidos desde el origen de nuestra nación hasta el año 1963 (Estrella, 2013).

El libro La evolución de la Medicina del Ecuador, de Gualberto Arcos, es un importante estudio de la historia médica del país desde la época aborígen hasta fines del siglo XIX (Estrella, 2013). Los estudios científicos de Eduardo Estrella, consignados en obras de su autoría, como Medicina aborígen, Medicina y estructura socioeconómica, El pan de América, etc. dan cuenta fehaciente de la relación histórica entre los hechos médicos y los hechos sociales en el país (Estrella, 2013).

1.3.1. El Ministerio de Salud Pública

La desordenada proliferación de entidades de salud, unas con actividades en escala nacional, otras con carácter provincial o cantonal hacía necesario la creación del Ministerio de Salud. Desde la época del presidente Isidro Ayora ya existía el Director Nacional de Sanidad, con sede en Guayaquil. A falta de un ministro este funcionario representaba al Ecuador, en las instituciones internacionales como la Organización Panamericana de la Salud. Siguiendo el espíritu de la Organización Mundial de la Salud y la regional Panamericana, en varios países, los antiguos Ministerios de Sanidad cambiaron de nombre a Ministerios de Salud, sin embargo, la construcción de un verdadero ministerio no se concretó. Hubo varios proyectos que no se convirtieron en realidad debido a ciertos intereses privados hasta que, el 16 de junio de 1967, la Asamblea Nacional Constituyente decretó la creación del Ministerio de Salud Pública para “atender las ramas de Sanidad, Asistencia Social y los más que se relacionan con la salud, en general”: Las Direcciones de Asistencia Social, la Liga Ecuatoriana de lucha contra la tuberculosis (LEA), la Dirección Nacional de Higiene y otras pasaron a depender del nuevo ministerio. Pese a los años transcurridos aún no ha sido posible la coordinación de tantas instituciones (Ekos Negocios, 2012). Mientras tanto, terminada la Segunda Guerra Mundial nació como anhelo de la paz universal el derecho a la salud de todo ser humano, considerando que la salud no es simple ausencia de enfermedad sino el estado de completo bienestar, físico, mental, económico y social. Para alcanzar esa meta, surgió la Organización Mundial de la Salud, (OMS) dependiente de la Organización de las Naciones Unidas (ONU).



1.3.2. Prevención y erradicación de las epidemias

Una de las prioridades por las cuales se crearon los ministerios de salud en el mundo, era erradicar y evitar las epidemias causadas por bacterias, virus o parásitos que ocasionaban la muerte de miles de pacientes. Desde comienzos del siglo XX, ya había unas pocas vacunas que prevenían varias de las enfermedades infecciosas, como la viruela, el sarampión y otras. En la nueva época y con la coordinación de la OMS, se impulsó, por una parte, el desarrollo de nuevas vacunas

y por otra la realización sistemática de campañas de vacunación en las cuales estaban comprometidos todos los países del mundo. El plan tuvo también la colaboración de UNICEF. La mayoría de las terribles epidemias como: viruela, fiebre amarilla, poliomielitis, han pasado ya a la historia de la patología. Unas pocas como la malaria o el paludismo ya se han erradicado; en el Tercer Mundo como en el nuestro aún figura como importante causa de morbilidad y mortalidad.

1.3.3. Enfoque Económico

En Ecuador, el Sistema Nacional de Salud, siempre se ha caracterizado por estar fragmentado, con procesos centralizados y desarticulado en el abasto de servicios de salud, la preeminencia del enfoque biologista-curativo en la atención, es decir atacar la enfermedad, limitando el desarrollo de una cultura preventiva, congestionando las unidades hospitalarias e imposibilitando a la población el tratamiento pertinente (Egas, 2013). Las políticas públicas principalmente fueron muy eficaces en cuanto a agrandar el problema y desarticular la institucionalidad pública de salud, disminuyendo la capacidad de control y restando autoridad al organismo rector de salud en el país (Egas, 2013). Las barreras de acceso a nivel geográfico, cultural y económico fueron acrecentando la calidad de atención, lo que originó que el gasto directo de bolsillo a nivel nacional simbolizara más del 50% en las economías de las familias ecuatorianas (Asamblea Constituyente, 2008).

El abandono del que fue parte el sector salud, el descuido por parte de las Autoridades centrales en anteriores períodos, antes del año 2008 recaló la crisis, las pésimas administraciones y los bajos presupuestos con los que se contaban incidió en el desánimo de las y los servidores públicos, todo esto seguido de la poca infraestructura y provisión de medicamentos desató una fuerte crisis a nivel nacional en cuanto a salud se refiere. La ausencia de oportunidades para los profesionales de la salud trajo consigo el fenómeno de la migración por parte de dichos profesionales, generando escasez en médicos especialistas a nivel nacional (Samaniego, 1957). Lo mismo sucedía en el tercer nivel de atención, el nivel hospitalario de mayor complejidad que sufrió el peso del progresivo desmantelamiento de los servicios públicos, expresados en la falta de recursos y la baja calidad del servicio por la debilidad en los procesos de supervisión y control.

La situación se complicó más debido a la ausencia de un sistema integrado de información que permitiera obtener datos reales, necesarios para la planificación, toma de decisiones y monitoreo de los resultados sanitarios y de la gestión que permitan hacer de los servicios sanitarios, servicios de calidad (Paredes, 1963).

Hoy en día, el Sistema Nacional de Salud es el llamado a hacer frente a los rezagos de estos problemas, nuevos retos y necesidades que devienen de cambios en el perfil demográfico y epidemiológico. Con este panorama, desde el año 2007 el Gobierno de turno, presidido por el Econ. Rafael Correa, en función del Plan Nacional del Buen Vivir, se ha definido como prioritario al sector social, y en especial al sector salud. La adecuada administración de los recursos fiscales y la distribución equitativa ha permitido que la política de universalidad y gratuidad de la atención pública sea más eficiente, mejorando la calidad de vida de la población que constituye un eje fundamental en el desarrollo de cualquier nación. La deuda social que tiene el país con el sector salud, solo puede ser compensada a través de una etapa de transformación y evolución de las políticas desgastadas, para esto se requiere de estrategias de intervención a corto, mediano y largo plazo. El fortalecimiento del talento humano, el equipamiento adecuado y la infraestructura óptima son parte de un proceso de cambio y renovación, lo que ha incidido directamente en la cobertura de atención y de esa forma a ayudado a combatir la brecha generada entre oferta y demanda.

1.4. Funciones de la salud pública

La práctica de la salud pública en una comunidad recopila datos sobre la salud de una comunidad y la comparte con los formuladores de políticas de múltiples sectores. Esta es la base para la prestación eficaz de la atención de la enfermedad, la atención preventiva y la promoción de la salud a nivel de población. Una fuerza de trabajo potencial de los funcionarios de salud del distrito necesita ser reorientada y apoyada en las habilidades requeridas para practicar la salud pública. Se necesitan enfoques previos al servicio y en servicio. Los enfoques de salud pública combinan campañas descendentes y de abajo hacia arriba para organizar los esfuerzos de la sociedad para crear las condiciones para la salud. Estos esfuerzos de colaboración en la organización social atraviesan múltiples

sectores y hacen del fortalecimiento de la práctica de salud pública una de las mejores maneras de perseguir todos los Objetivos de Desarrollo Sostenible del Ecuador. Además, el concepto de Cobertura Universal de Salud incluye cobertura con una práctica efectiva de salud pública. El personal de salud pública del distrito que debería estar llevando a cabo la práctica de salud pública está presente en la mayoría de las comunidades. La agenda restante es mejorar la calidad y la eficacia de estos líderes del sector sanitario a nivel de distrito en la realización de la salud pública. Mejorar la práctica de la salud pública se puede llevar a cabo por solo centavos por persona al año.

El hecho de que los países decidan sobre las funciones esenciales de salud pública para sus funcionarios locales de salud es el primer paso para desarrollar medidas que se pueden utilizar para ayudar a entrenar a la fuerza de trabajo en supervisión de apoyo. Los gobiernos nacionales pueden contratar una unidad de mejoramiento del desempeño para llevar a cabo esfuerzos regulares para recolectar las mediciones y compartirlas con los trabajadores de primera línea para desarrollar y llevar a cabo planes de mejora. Estos esfuerzos de superación de la calidad, son un bien público que aseguran el éxito de cada programa específico en el sector de la salud. El financiamiento para programas específicos necesita ser extendido para pagar las capacidades fundamentales de salud pública requeridas para el éxito de cada programa en particular.

"La salud pública es el arte y la ciencia para prevenir enfermedades, prolongar la vida y promover la salud a través de los esfuerzos organizados de la sociedad" (World Health Organization., 1978). El personal de gestión sanitaria del distrito es un empleado del gobierno encargado de supervisar la salud pública a una escala de aproximadamente 100.000 personas. Los países pueden utilizar otros términos para los distritos, como los condados, los municipios, las parroquias, los barangays, pero todos tienen una escala local subnacional donde se tratan enfermedades transmitidas por el aire, el agua y el comportamiento; y, donde las entidades públicas deben hacer cumplir las políticas locales. Es la escala del contacto humano, la participación personal y la organización social. Los distritos son los primeros detectores y respondedores de última milla a todas las amenazas para la salud. Por lo tanto, el personal de salud del distrito tiene un gran potencial para

ampliar su papel en la creación de comunidades más saludables al facilitar "esfuerzos organizados de la sociedad" (Lawn, y otros, 2008). Hay ciertamente un arte y una ciencia de esta práctica.

La práctica de salud pública se define por un conjunto de funciones que organizan los datos locales sobre las amenazas para la salud y aseguran que múltiples sectores están participando en esfuerzos organizados para hacer de una comunidad un lugar con condiciones de vida más sanas (World Health Organization., 1986). Por más de 150 años, los administradores de salud del distrito han sido capaces de transformar las ciudades, condados, parroquias y distritos del mundo en lugares más saludables. Su agencia es necesaria para ayudar a todos a transformar los beneficios de la creciente prosperidad económica en comunidades donde todos los seres humanos prosperan. Hay más de 60.000 distritos sanitarios en el mundo que ofrecen hoy 60.000 microambientes para mejorar la salud humana.

Cuando los médicos y las enfermeras están ausentes y no asisten a los enfermos, la crisis de los recursos humanos es visible y ha sido bien documentada (Walsh & Warren, 1979). Cuando los administradores de salud del distrito están presentes, pero desviados de la práctica de la salud pública, la crisis puede permanecer invisible durante muchos años. Las deficiencias en la práctica de salud pública convierten pequeños brotes en epidemias. Una práctica adecuada de salud pública previene rutinariamente las epidemias de enfermedades transmitidas por vectores, agua y alimentos. Dado que la práctica adecuada de la salud pública resulta en una detección y un control más rápidos de las emergencias de salud pública, la práctica adecuada de salud pública también mejora la seguridad sanitaria mundial controlando las emergencias en su origen.

La salud pública puede establecer ambientes locales que permitan las políticas que reducen la exposición de una comunidad al alcohol, tabaco, ETS y alimentos obesogénicos. Las prácticas de salud pública abordan los riesgos de lesiones en las carreteras, en los hogares y en el lugar de trabajo. La práctica de la salud pública se alía con la práctica clínica para mejorar la seguridad del paciente mediante el uso de datos para detectar y disuadir fuentes de resistencia antimicrobiana, infecciones nosocomiales, fármacos falsos y practicantes falsos. Los perros

rabiosos, las ratas, los mosquitos y las aves de corral infectadas por la gripe han sido controlados en distritos sanitarios de todo el mundo que han aplicado métodos de práctica de salud pública desarrollados hace más de un siglo.

Existen estrategias de salud pública para abordar el abuso de alcohol y la violencia doméstica. Dejar a los gerentes de salud del distrito sin capacitación, sobrecargados y sin motivación para llevar a cabo su trabajo en la práctica de salud pública expone innecesariamente a su comunidad y sus vecinos a enfermedades prevenibles y mayores costos de atención médica. Debido a que los gerentes de salud del distrito ya están en el lugar, es natural que la mayoría de los países construyan la práctica de salud pública en el trabajo de los equipos del distrito. Hay necesidades urgentes para que estos empleados desarrollen sus habilidades y mantengan la calidad del desempeño.

Las herramientas de mejora de la calidad para las prácticas de salud pública están disponibles para su uso a nivel de distrito. Estas herramientas deben formar parte de la estrategia de un país para alcanzar la meta de llevar la cobertura de salud pública a todas las poblaciones. La salud pública es parte de la cobertura universal de salud y es un camino hacia el desarrollo sostenible (World Health Organization, 2008). Las comunidades con alta capacidad para entregar respuestas de base amplia a sus preocupaciones de salud compartidas resumen las metas del desarrollo sostenido. Por lo tanto, la mejora de la práctica de salud pública en las comunidades es paralela y sinérgica con el logro de los objetivos de desarrollo sostenible, porque su progreso reúne los diversos recursos de una comunidad para mejorar el florecimiento humano (WHO, 2008). Garantizar que las personas estén vinculadas a servicios sanitarios de alta calidad y sin barreras siempre ha sido uno de los muchos objetivos de la práctica de la salud pública. La salud pública es un aliado eterno del sector médico.

La salud pública está a la vanguardia de la comprensión y el abordaje de las barreras para el acceso de servicios médicos seguros, accesibles y eficaces para los enfermos. Fomentar una orientación de salud pública entre los administradores de salud del distrito es esencial para mantener la cobertura de salud universal.

1.4.1. Funciones básicas de la salud pública: Aseguramiento

Los cuatro servicios esenciales de aseguramiento son los siguientes (Centers for Disease Control and Prevention, 2017):

- Hacer cumplir las leyes y reglamentos que protegen la salud y garantizan la seguridad.
- Vincular a las personas con los servicios de salud personal necesarios y asegurar la provisión de atención médica cuando de otro modo no esté disponible.
- Asegurar una mano de obra competente en salud pública y personal de salud.
- Evaluar la efectividad, la accesibilidad y la calidad de los servicios de salud personales y basados en la población.

Estos elementos esenciales proporcionan una dirección para ofrecer atención y servicios de calidad a nuestros públicos. El Instituto de Medicina (OIM) afirma: "La buena calidad significa proporcionar a los pacientes los servicios apropiados de una manera técnicamente competente, con buena comunicación, toma de decisiones compartida y sensibilidad cultural". La mejora de la alfabetización en salud es un componente crucial de la atención de calidad.

1.4.2. Funciones esenciales de la salud pública

El marco conceptual para las funciones esenciales de salud pública para la región se ha desarrollado a través de una revisión de experiencias de otras regiones de la OMS y una serie de reuniones técnicas de personal de la OMS y expertos internacionales realizadas entre 2013 y 2014. El marco identifica ocho funciones interrelacionadas, cuatro núcleos y cuatro funciones habilitadoras, que son necesarias para un sistema integral de salud pública (Alwan, Olla, & Sameen, 2016). De acuerdo con el marco conceptual de las funciones esenciales de salud pública para la Dirección Médica y de Enfermería (DME), se han desarrollado definiciones operacionales para cada término. Esta ha sido, además, la base para el desarrollo de herramientas de evaluación completas y un glosario de términos adjunto. Las ocho funciones se descomponen además en una lista detallada de

subtítulos y sub-funciones: Preparación, protección, promoción, investigación, comunicación, mano de obra, gobernanza, vigilancia.

De acuerdo a otros autores existen 10 funciones esenciales (Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire , 2017); los diez servicios esenciales de salud pública describen las actividades de salud pública que deben llevarse a cabo en todas las comunidades y se desarrollaron como un complemento de las tres funciones básicas de salud pública.

En su informe de 1988, El futuro de la salud pública, los Institutos de Medicina (OIM) definieron las tres funciones básicas de la salud pública gubernamental como evaluación, desarrollo de políticas y aseguramiento. El Comité Directivo de Funciones Básicas de Salud Pública desarrolló el marco para los Servicios Esenciales en 1994. Este comité directivo incluía representantes de las agencias del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos y otras organizaciones importantes de salud pública (North Carolina Public Health (NCPH) , 2016). Los Servicios Esenciales brindan una definición de trabajo de salud pública y un marco guía para las responsabilidades de los sistemas locales de salud pública (Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire , 2017).

Actividad de trabajo autónomo 2

Identificar 3 enfermedades con mayor prevalencia y 3 enfermedades que se han logrado erradicar en Ecuador. Indicar la incidencia, etiología, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades identificadas.

1.5. Investigación epidemiológica y sociodemográfica

1.5.1. Investigación básica

La investigación médica básica (también distinguida como investigación experimental) sujeta experimentos con animales, estudios celulares, investigaciones bioquímicas, genéticas y fisiológicas, y estudios sobre las propiedades de los medicamentos y materiales. En casi todos los experimentos, se varía al menos una variable independiente y se investigan los efectos sobre la variable dependiente. El procedimiento y el diseño experimental pueden especificarse e implementarse con precisión (Bortz & Döring,

Forschungsmethoden und Evaluation., 2002). Por ejemplo, se puede especificar con exactitud la población, el número de grupos, el número de casos, los tratamientos y las dosis. También es significativo que los factores de confusión sean específicamente controlados o reducidos. En experimentos, se investigan hipótesis específicas y se hacen declaraciones causales. La alta validez interna (= no ambigüedad) se consigue estableciendo condiciones experimentales estandarizadas, con baja variabilidad en las unidades de observación (por ejemplo, células, animales o materiales). La validez externa es un tema más difícil. Las condiciones de laboratorio no siempre pueden transferirse directamente a la práctica clínica normal y los procesos en células aisladas o en animales no son equivalentes a los del hombre (Bortz & Döring, Forschungsmethoden und Evaluation., 2002).

La investigación básica también envuelve el desarrollo y la mejora de procedimientos analíticos -como la determinación analítica de enzimas, marcadores o genes-, procedimientos de imagen -como la tomografía computarizada o la resonancia magnética- y la secuenciación de genes -como el vínculo entre el color de los ojos, cabello y piel. El desarrollo de procedimientos biométricos, tales como procedimientos de pruebas estadísticas, modelado y estrategias de evaluación estadística, también pertenece aquí.

1.5.2. Estudios clínicos

Los estudios clínicos incluyen tanto estudios intervencionistas (o experimentales) como estudios no-intervencionales, definidos como "cualquier estudio realizado sobre el hombre con el propósito de estudiar o demostrar los efectos clínicos o farmacológicos de los fármacos, establecer efectos secundarios o investigar la absorción, distribución, metabolismo o eliminación con el fin de proporcionar evidencia clara de la eficacia o la seguridad de la droga".

Los estudios intervencionistas también incluyen estudios sobre dispositivos médicos y estudios en los que se examinan procedimientos quirúrgicos, físicos o psicoterapéuticos. En contraste con los estudios clínicos, se describe a los estudios no intervencionales como: "Un estudio no-intervencional es un estudio en el

contexto del cual el conocimiento del tratamiento de las personas con drogas de acuerdo con las instrucciones de uso especificadas en su registro se analiza mediante métodos epidemiológicos, el diagnóstico, tratamiento y seguimiento no se realizan de acuerdo con un protocolo de estudio previamente especificado, sino exclusivamente según la práctica médica". (Ministry of Health and Long-Term Care, 2017)

El objetivo de un estudio clínico intervencionista es comparar los procedimientos de tratamiento dentro de una población de pacientes, los cuales deben presentar tan pocas diferencias internas posibles, aparte del tratamiento (Altman, 1991). Esto se logrará mediante medidas apropiadas, en particular mediante asignación aleatoria de los pacientes a los grupos, evitando así sesgos en el resultado. Las terapias posibles incluyen un fármaco, una operación, el uso terapéutico de un dispositivo médico tal como un stent, o fisioterapia, acupuntura, intervención psicosocial, medidas de rehabilitación, entrenamiento o dieta.

Los estudios clínicos intervencionistas están sujetos a una variedad de requisitos legales y éticos, incluyendo la Ley de Medicamentos y la Ley de Dispositivos Médicos. Los estudios con dispositivos médicos deben ser registrados por las autoridades responsables, quienes también deben aprobar estudios con medicamentos. Los estudios sobre drogas también requieren una decisión favorable del comité de ética responsable. Un estudio debe realizarse de acuerdo con las normas vinculantes de la Buena Práctica Clínica (Altman, 1991) (Schumacher & Schulgen, 2007). Para los estudios clínicos sobre personas capaces de dar su consentimiento, es absolutamente esencial que el paciente firme una declaración de consentimiento (consentimiento informado) (Bortz & Döring, *Forschungsmethoden und Evaluation*, 2002). Un grupo control está incluido en la mayoría de los estudios clínicos. Este grupo recibe otro régimen de tratamiento y/o placebo, una terapia sin eficacia sustancial. La selección del grupo control debe ser no solo éticamente defendible, sino también adecuada para responder a las preguntas más importantes del estudio. (Schumacher & Schulgen, 2007)

Los estudios clínicos deberían incluir idealmente la aleatorización, en la que los pacientes son asignados por casualidad a los brazos de la terapia. Este procedimiento se realiza con números aleatorios o algoritmos informáticos

(Machin, Campbell, Fayers, & Pinol, 1987) (Zelen, 1974). La aleatorización se asegura de que los pacientes se asignarán a los diferentes grupos de una manera equilibrada y que los posibles factores, serán distribuidos por casualidad entre los grupos (equivalencia estructural) (Altman, 1991) (Fleiss, 1986). La aleatorización tiene por objeto maximizar la homogeneidad entre los grupos y evitar, por ejemplo, que se reserve una terapia específica a los pacientes con un pronóstico particularmente favorable (como los pacientes jóvenes en buen estado físico) (Rothman, Greenland, & Lash, *Modern Epidemiology. Types of epidemiologic studies: clinical trials*, 2008).

El cegamiento es otro método adecuado para evitar sesgos. Se hace una distinción entre cegamiento simple y doble. Con un solo cegamiento, el paciente no sabe qué tratamiento recibe, mientras que, con el doble cegamiento, ni el paciente ni el investigador saben qué tratamiento está previsto. El cegamiento del paciente y del investigador excluye posibles influencias subjetivas (incluso subconscientes) sobre la evaluación de una terapia específica (por ejemplo, administración de fármaco versus placebo). De este modo, el doble cegamiento asegura que tanto el paciente como los grupos terapéuticos son manipulados y observados de la misma manera. Siempre se debe seleccionar el grado de cegamiento más alto posible. El estadístico del estudio también debe permanecer cegado hasta que finalmente se hayan especificado los detalles de la evaluación.

Un estudio clínico bien diseñado también debe incluir la planificación del número de casos. Esto asegura que el efecto terapéutico asumido puede ser reconocido como tal, con una probabilidad estadística previamente especificada (poder estadístico) (Eng, 2003). Es importante para la realización de un ensayo clínico que se debe planificar cuidadosamente y que los detalles y métodos clínicos exactos deben especificarse en el protocolo del estudio (Schäfer, Berger, & Biebler, 1999). Sin embargo, también es importante que se supervise la implementación del estudio según el protocolo, así como la recolección de datos. Para un estudio de primera clase, la calidad de los datos debe garantizarse mediante la doble entrada de datos, las pruebas de plausibilidad de programación y la evaluación por un biométrico. Las recomendaciones internacionales para la presentación de informes de estudios clínicos aleatorios se pueden encontrar en la declaración de CONSORT

(Normas Consolidadas de Ensayos de Informes, www.consort-statement.org) (Moher, Schulz, & Altman, 2001). Muchas revistas hacen de esto una condición esencial para la publicación.

Por todas las razones metodológicas mencionadas anteriormente y por razones éticas, se acepta el ensayo clínico aleatorizado controlado y ciego con planificación de casos clínicos como patrón oro para la prueba de eficacia y seguridad de terapias o fármacos. Por el contrario, los estudios clínicos no intervencionales (NEI) son estudios observacionales relacionados con el paciente, en los que se administra a los pacientes una terapia individualmente especificada. El médico responsable especifica la terapia sobre la base del diagnóstico médico y los deseos del paciente. Los NIS incluyen estudios terapéuticos no intervencionales, estudios pronósticos, estudios observacionales de fármacos, análisis de datos secundarios, series de casos y análisis de un solo caso. De forma similar a los estudios clínicos, los estudios de terapia no intervencional incluyen la comparación entre terapias; sin embargo, el tratamiento es exclusivamente de acuerdo a la discreción del médico. La evaluación es a menudo retrospectiva.

Los estudios pronósticos examinan la influencia de factores pronósticos (como la fase tumoral, el estado funcional o el índice de masa corporal) en el curso posterior de una enfermedad. Los estudios diagnósticos son otra clase de estudios observacionales, en los que se compara la calidad de un método diagnóstico con un método establecido (idealmente un patrón oro), o se compara con uno o varios investigadores (comparación inter-evaluadores) o con el mismo en diferentes puntos temporales (comparación intra-rater). Si un evento es muy raro (como una enfermedad rara o un tratamiento individual), un estudio de un solo caso o una serie de casos son posibilidades. Una serie de casos es un estudio sobre un grupo de pacientes más grande con una enfermedad específica. Por ejemplo, después del descubrimiento del virus del SIDA, el Centro para el Control de Enfermedades (CDC) en los Estados Unidos de Norteamérica, recogió una serie de casos de 1000 pacientes, con el fin de estudiar las complicaciones frecuentes de esta infección. La falta de un grupo de control es una desventaja de las series de casos. Por esta razón, las series de casos se utilizan principalmente con fines descriptivos.

1.5.3. Estudios epidemiológicos

El principal punto de interés en los estudios epidemiológicos es investigar la distribución y los cambios históricos en la frecuencia de las enfermedades y sus causas. Análogamente a los estudios clínicos, se hace una distinción entre los estudios epidemiológicos experimentales y observacionales. (Machin & Campbell, *Design of studies for medical research*, 2005)

Los estudios intervencionistas son de carácter experimental y se subdividen en estudios de campo (muestra de un área, como una gran región o un país) y estudios en grupo (muestra de un grupo específico, como un grupo social o étnico específico). Un ejemplo fue la investigación de la suplementación de yodo de la sal de cocina para prevenir el cretinismo en una región con deficiencia de yodo. Por otro lado, muchas intervenciones no son adecuadas para estudios de intervención aleatoria, por razones éticas, sociales o políticas, ya que la exposición puede ser perjudicial para los sujetos. (Rothman, Greenland, & Lash, *Modern Epidemiology. Types of epidemiologic studies*, 2008)

Los estudios epidemiológicos observacionales pueden subdividirse en estudios de cohortes (estudios de seguimiento), estudios de casos y controles, estudios transversales (estudios de prevalencia) y estudios ecológicos (estudios de correlación o estudios con datos agregados).

Por el contrario, los estudios con evaluación descriptiva se limitan a una simple descripción de la frecuencia (incidencia y prevalencia) y distribución de una enfermedad dentro de una población. El objetivo de la descripción también puede ser el registro regular de información (monitoreo, vigilancia). Los datos del registro también son adecuados para la descripción de la prevalencia y la incidencia; por ejemplo, se utilizan para los informes nacionales de salud en Alemania.

En el caso más simple, los estudios de cohortes implican la observación de dos grupos sanos de sujetos en el tiempo. Un grupo está expuesto a una sustancia específica (por ejemplo, los trabajadores de una fábrica de productos químicos) y el otro no está expuesto. Se registra prospectivamente (en el futuro) la frecuencia con que una enfermedad específica (como el cáncer de pulmón) ocurre en los dos

grupos. La incidencia de la aparición de la enfermedad puede determinarse para ambos grupos. Además, el riesgo relativo (cociente de las tasas de incidencia) es un parámetro estadístico muy importante que se puede calcular en estudios de cohortes. Para los tipos raros de exposición, la población general se puede utilizar como controles. Todas las evaluaciones consideran naturalmente las distribuciones de edad y género en las cohortes correspondientes.

El objetivo de los estudios de cohorte es registrar información detallada sobre la exposición y sobre factores de confusión, como la duración del empleo, el máximo y la exposición acumulada. Un estudio de cohorte bien conocido es el British Doctors Study, que examinó prospectivamente el efecto del tabaquismo sobre la mortalidad entre médicos británicos durante un período de décadas (Röhrig & Du Pre, 2009). Los estudios de cohorte son adecuados para detectar las conexiones causales entre la exposición y el desarrollo de la enfermedad. Por otro lado, los estudios de cohorte a menudo demandan mucho tiempo, organización y dinero. Los llamados estudios de cohorte históricos representan un caso especial. En este caso, todos los datos sobre exposición y efecto (enfermedad) ya están disponibles al inicio del estudio y se analizan retrospectivamente. Por ejemplo, estudios de este tipo se utilizan para investigar formas ocupacionales de cáncer. Por lo general son más baratos.

La epidemiología es el método científico utilizado para investigar, analizar y prevenir o controlar las enfermedades en una población. Es útil recordar que la epidemiología es diferente de la práctica de las ciencias médicas. Por ejemplo, si una persona se contagia de gripe, un médico lo examinará y le recomendará un tratamiento. Un epidemiólogo se involucraría si grupos enteros de personas se enfermaran, y querrían saber más: cómo se enfermaba la gente, por qué la gente se enfermaba, cuándo la gente se enfermaba, entre otras variables.

Muchas enfermedades tienen una línea de base (tasa endémica) de ocurrencia en la población. En otras palabras, algunas personas están adquiriendo una enfermedad en cualquier momento, como la gripe. Los epidemiólogos utilizan la vigilancia, un seguimiento continuo de las enfermedades en una población, con el fin de detectar cambios en los patrones de la enfermedad. Un brote es una tasa de ocurrencia mayor que la línea de base (tasa endémica) de la enfermedad en una

población. Una vez que se determina que hay un brote, los epidemiólogos comenzarán una investigación para indagar por qué la enfermedad está ocurriendo en más.

Los principales actores en la epidemiología

Los equipos de investigación de brotes incluyen, pero no se limitan a: Epidemiólogos, investigadores de enfermedades, microbiólogos-científicos de laboratorio que estudian gérmenes, especialistas en salud ambiental, a veces llamados sanitarios, oficiales de cumplimiento normativo e inspectores, funcionarios que se aseguran de que se sigan las leyes de seguridad alimentaria.

Actividad de trabajo autónomo 3

Graficar e interpretar la curva epidemiológica de acuerdo a la prevalencia e incidencia de enfermedades vectoriales en Manabí.

1.5.4. Curva epidémica (curva EPI)

Definición: Una curva epidémica puede proporcionar una gran cantidad de información, tales como: dónde estamos en el curso de la epidemia; si se conoce una enfermedad y se conoce su período de incubación habitual, se puede estimar un período probable de exposición; y pueden deducirse inferencias sobre el patrón epidémico -por ejemplo, si se trata de un brote resultante de una exposición común a la fuente, de la propagación de persona a persona, o de ambos. Una curva epidémica con una pendiente pronunciada y una pendiente descendente gradual, como la ilustración de la derecha, indica una epidemia de fuente única (fuente puntual) en la que las personas están expuestas a la misma fuente durante un período relativamente breve.

1.6. Salud comunitaria

La primera definición de la Salud Comunitaria, se remonta a 1920, cuando Amory Winslow, la describió como “la ciencia y el arte de impedir enfermedades, prolongando la vida, fomentando la salud, y promoviendo la eficacia física y mental; mediante el esfuerzo organizado de la comunidad”. Con el paso del tiempo, y los avances en medicina, se ha ido proponiendo que la Salud no solo es la ausencia de enfermedad, sino que abarca un contexto mucho más amplio, teniendo en cuenta el equilibrio entre

los aspectos físicos, mentales, ambientales y sociales, que nos rodean, interpretándola como una acción realizada con y desde la comunidad mediante un proceso de participación, y tiene como meta la prevención, promoción y educación en torno a la salud de la población; a su vez, los programas y proyectos que implementan los y las profesionales de la salud se elaboran en colaboración con la comunidad (1). El objetivo es promover y educar a la población, para llevar una vida lo más saludable posible; evitando así la aparición posterior de numerosas patologías que se están convirtiendo en una lacra para la sociedad.

En enfermería comunitaria se realizan acciones de intervención sobre los problemas de salud; actuando sobre los factores determinantes de la salud y la enfermedad, e identificando las necesidades en salud de la población objeto de atención y los factores que las determinan (2).

La OMS ha establecido lineamientos de acción elaborados desde una multiplicidad de enfoques disciplinarios y abarcan aspectos y problemas relativos a la promoción y prevención en torno a la psicología de la comunidad, salud sexual y reproductiva, la educación para la salud y la nutrición, entre otros.

1.6.1. Principales líneas de acción

1.6.1.1. Salud sexual y reproductiva

Está enfocada, principalmente, a la aplicación del Programa Nacional de Educación Sexual Integral, impulsado a partir de la sanción por parte del Parlamento nacional en el ámbito del Ministerio de Educación. Tiene por objeto incorporar esta temática, desde el nivel inicial hasta el nivel superior de formación docente y de educación técnica no universitaria.

1.6.1.2. Educación para la salud

La formación, con énfasis en el sistema educativo público, pero sin desatender las experiencias de educación no formal, busca que todas las personas contribuyan con la educación para la salud. Esto implica que diversos sujetos e instituciones (el hogar, la familia, la escuela, la universidad, las asociaciones, el club, el barrio, el centro de salud o el hospital, la parroquia o el sindicato) constituyen espacios de formación en temas relativos a la salud, especialmente en términos de prevención.

1.6.1.3. Nutrición

El mejoramiento del estado nutricional de la población es uno de los principales objetivos de los programas nacionales de desarrollo, en América Latina ha habido, en las últimas dos décadas, una importante mejoría en el estado nutricional de los niños menores de 5 años. Esta mejoría se ha manifestado en la reducción de la prevalencia de desnutrición crónica de 25,6% en 1980 a 12,6% en el año 2005.

En Ecuador estudios, realizados en 2005 y 2010, sobre la nutrición en niños menores de 5 años, la prevalencia de desnutrición crónica declinó de 34,0 a 26,4%, el bajo peso apenas se modificó (de 16,5 a 14,3%) y la desnutrición aguda aumentó ligeramente (de 1,78 a 2,4%). Entre los principales factores de riesgo tenemos: el consumo insuficiente de alimentos, asociado generalmente con la pobreza; el bajo nivel educacional de las madres de familia; determinadas pautas culturales y dietéticas alimentación a base de comidas ricas en carbohidratos con bajo contenido de proteínas, grasas y micronutrientes, en las zonas rurales de la Sierra; y la pertenencia a determinados grupos étnicos (8), han logrado que en Ecuador, la salud de los pueblos haya sido identificada como un tema prioritario de salud (3).

1.6.2. Organización de croquis

¿Qué es un Croquis?

El croquis es una herramienta utilizada mayormente en el diseño. Se trata de un dibujo que muchas veces plasma la realidad de algún lugar o alguna idea que si proviene de la imaginación personal, suele ser en forma simplificada y con instrumentos



de dibujo, aunque fácilmente también podría utilizarse a mano alzada (5). Sin embargo, si hay que tener una especie de reglas y consideraciones para hacer un croquis. El consejo principal es que se debe tener dominio del espacio geográfico y habilidad para el dibujo.

La palabra croquis tiene un origen bastante interesante, Pérez y Merino explican el vocablo de la siguiente manera: “Más concretamente podemos determinar que la palabra croquis procede del verbo francés croquer. La principal relación entre el origen de la palabra croquis y de su ejecución en la vida actual, es que se considera que la realización del croquis debe hacerse en un tiempo rápido y que no es muy especializada, artista o técnica.

A grandes rasgos, en el campo de la salud, el croquis sirve para identificar las características principales de una comunidad, no deben prescindir de detalles, son entendibles, claros y precisos, además de tener limpieza en los detalles. Mayormente, se usan líneas simples y es realizado sin instrumentos fuera de lo común, o mejor dicho, son esquematizados a mano alzada. Por último, si el mismo está pintado o sombreado, debe estarlo de una manera sencilla y esquemática.

¿Para qué sirve el croquis?

La principal característica del croquis es representar en una menor escala algún objeto, paisaje o una idea propia, es decir, dar alguna imagen aproximada a algo. Específicamente, los croquis al ser una versión simplificada, no tratan de igualar exactamente todo el conjunto, ni incluir detalles. Por ejemplo, en un croquis se puede representar una casa, una calle o una habitación.

Muchas veces el croquis se puede definir o asemejar a un dibujo, sin embargo, hay claras diferencias entre uno y otro. Por ejemplo, cuando se realiza el dibujo de alguna calle o avenida, el mismo contendrá las ventanas de cada casa, estén abiertas o cerradas y reflejará a los ocupantes o transeúntes por la calle, además de incluir las diferencias entre cada uno y el uso de sus vestimentas, es decir, cada objeto tendrá una versión detallada de sí mismo. Sin embargo, el croquis incluirá todos los elementos que están en la calle (los transeúntes o las ventanas), pero no reflejará si las ventanas están cerradas o abiertas o si las personas son delgadas, usan pantalón o falda o son altas o bajas. Todos los objetos lucirán de una manera unificada y concreta.

Entonces, si estamos perdidos o estamos intentando explicarle a alguien alguna dirección, lo más frecuente es que le hagamos un croquis espontáneo (mejor

conocido como esquema o dibujo) en donde representemos de alguna manera, la calle, la dirección o algún edificio o estatua que se puede tomar como referencia.

Además, los croquis también se usan cuando las personas han tenido algún accidente de tránsito leve y se les pide a ambas la realización de un croquis para entender cómo se desarrollaron los hechos. Por otro lado, en el ámbito militar esta herramienta es usada para preparar estrategias de guerra u ofensivas.

1.6.2.1. Tipos de croquis

Hay distintos tipos de croquis que pueden servir para múltiples cuestiones, dependiendo de las necesidades de cada quien.

El croquis arquitectónico, tiene una finalidad más seria y que tiene un público más profesional, como dice su nombre, los arquitectos. Sin embargo, este tipo de croquis también puede ser usado por ingenieros que desean dibujar un proyecto.

El croquis natural, es aquel en donde se representan ambientes naturales, o simplemente son retratos de personas. Cabe destacar que se hace como un bosquejo con la finalidad (mayormente, aunque hay excepciones) de que sea desarrollado con mayor profundidad luego.

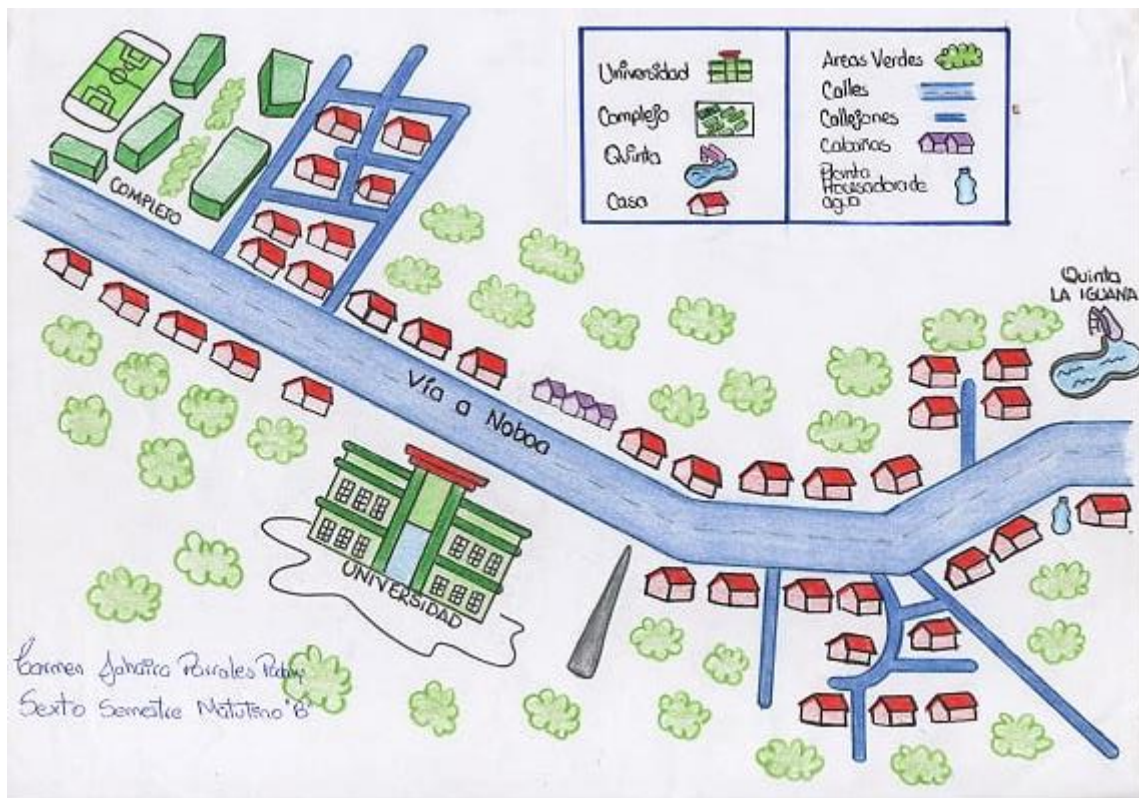
Croquis didáctico, es aquel impreso sin color para el uso escolar y con la finalidad de enseñar a niños o jóvenes algún concepto importante de geografía, como la representación de distintos estados de un país, o temas afines.

Estos croquis no incluyen detalles específicos, como fallas geográficas ni nombres de ciudades, ya que precisamente esa es la función del alumno: aprender y colocarlos por sí mismos. No es lo mismo un croquis que un plano. Si bien ambos términos tienen una evidente semejanza, es conveniente no confundirlos.

Para el área de la salud no existe un croquis específico establecido en la literatura, sin embargo, la experiencia en Atención Primaria de Salud, permite establecer ciertos requerimientos que no marcan un tipo especial de croquis, sino más bien toma elementos de los croquis arquitectónicos en la medida en que requieren precisión técnica de los lugares, calles, orientaciones y señaléticas. Además

requiere elementos del croquis natural por cuanto se hace necesario que se incorporen elementos naturales del entorno y sobre todo se identifiquen los nudos críticos en la salud comunitaria; finalmente un croquis de salud requiere que sea didáctico en la medida en que sea entendible no solamente para el personal de salud sino para todos los miembros de la comunidad.

Croquis elaborado por una estudiante de la carrera de Enfermería de la Unesum



1.6.2.2. Alternativas al croquis tradicional

Las nuevas tecnologías están ayudando a todos los órdenes de la vida. Hace unos pocos años hacer un croquis era algo cotidiano y necesario para realizar una ruta por carretera o para buscar una dirección concreta en una ciudad. Con los navegadores GPS y otras herramientas tecnológicas similares ya no es necesario disponer de un trozo de papel con un croquis, pues las nuevas tecnologías son mucho más precisas y permiten disponer de planos exactos (6).

1.6.3. Mapeo

Lo primero que necesitamos conocer antes de aplicar cualquier mapeo de procesos es la definición de algunos elementos importantes. El primer punto por considerar es la definición de mapeo. Los mapas, son guías cognitivas que le indican a una persona el lugar donde se encuentra, le pueden ayudar a descifrar la ubicación de una persona respecto a otro lugar, y le ayudan a las personas a descubrir hacia dónde quiere llegar.

Otra definición nos dice que un mapa “es una imagen o representación donde se representa gráficamente a partir de medidas longitudinales un territorio determinado en una superficie bidimensional, en un mapa, se identifican rutas para establecer destinos de un punto a otro, en un mapa se ubican localidades, y también se pueden observar los distintos tipos de terreno que pueda presentar dicha superficie”.

Aplicando este concepto a nivel organizacional, un mapa nos puede servir para determinar dónde está localizada nuestra organización con respecto a sus diferentes públicos. Lo que le permita establecer sus objetivos y horizontes hacia donde se pretende llevar la organización.

Así mismo, de acuerdo con el Diccionario de la Real Academia Española, define mapear como “localizar y representar gráficamente la distribución relativa de las partes de un todo” y “trasladar a un mapa sistemas o estructuras conceptuales”.

Este concepto es aplicable a las organizaciones las cuales cuentan con una serie de procesos y actividades que forman parte de un proceso aún mayor, pero que es necesario dividir para poder comprender las actividades en el proceso y la localización de los diferentes componentes organizacionales en el mismo (7).

Los mapas parlantes son instrumentos técnicos metodológicos que permiten la organización y comunicación de las decisiones del medio comunal, a través de la diagramación de escenarios (pasado, presente y futuro) en mapas territoriales, cuyo objetivo metodológico de los mapas parlantes es recoger de manera gráfica la percepción de los participantes sobre el territorio local y fortalecer su identidad.

Entre los elementos de un mapa parlante cada comunidad elabora tres tipos de mapas:

- **Mapa del Pasado:** En los mapas del pasado se ilustra la situación de la comunidad 20 o 30 años atrás en cuanto a recursos naturales, capacidad de producción, disponibilidad de servicios básicos, carreteras, escuelas, etc, todo ello sustentado por la memoria colectiva de los ancianos.
- **Mapa del Presente:** los mapas presentes son expuestos por los dirigentes. Ilustran los problemas que las comunidades enfrentan en la actualidad como la escasez de recursos, conflictos, baja autoestima, pobreza, desesperanza, etc.
- **Mapa del Futuro:** proyectan la situación de la comunidad a 30 años, desde la visión de futuro de los jóvenes. Ilustran las esperanzas y sueños, plasman las ideas de progreso y bienestar para las generaciones futuras, grafican lo que se considera una vida digna, y explicitan una voluntad de cambio basada en compromisos. Sobre esta base se asumen compromisos institucionales.

La construcción de los mapas parlantes es un proceso participativo de tres pasos:

Primer paso: Convocatoria y socialización de proceso metodológico. Ello comprende la convocatoria de los actores claves del proyecto y la socialización del proceso de construcción de los mapas parlantes, enfatizando al mismo tiempo la importancia de la participación organizada en la construcción de dichos instrumentos, y la utilidad de los diagnósticos y auto evaluación progresiva.

Segundo Paso: Dibujo del Mapa, para la elaboración de los mapas se usa elementos naturales o acuarelas sobre materiales locales. Tomando como referencia los planos catastrales de la comunidad, se dibujan los mapas. En ellos se señalan los linderos comunales y los hitos más importantes:

- Organizar a los participantes en grupos etéreos y solicitarles que recuerden, observen, analicen y dibujen su comunidad, enfatizando la situación



Docentes de la carrera de Enfermería de la Unesum en trabajo de campo.

de sus recursos en diferentes tiempos (pasado, presente y futuro).

- Cada mapa deberá contener los aspectos más importantes que hacen al territorio, por ejemplo, cursos de agua, vías de ubicación, áreas forestales, infraestructura de riego, puestos de salud, etc.
- Cada grupo presenta los mapas y se identifican las semejanzas y las carencias de cada uno de ellos.
- Se discute con los participantes que temas prioritarios o problemas presentan los mapas, y que dicen sobre las actividades de las personas que construyen el territorio.

Tercer paso: Verificación en campo. Una vez dibujados los mapas, los participantes deben realizar un recorrido por las principales áreas con la finalidad de contrastar los sectores y zonas de tratamiento. Durante el recorrido los participantes hacen las correcciones respectivas, pintando y coloreando lo que observan directamente en el terreno.

Estos tres mapas se aplican y se convierten en la Línea Base Comunal que sirve como referente de comparación para evaluar resultados en el tiempo, y para elaborar los planes anuales por comunidad. A través de los mapas, la comunidad proyecta el ordenamiento del área comunal enfatizando en el uso y administración colectiva de los recursos: agua, tierra, bosques y poblaciones (8).

1.6.4. Ficha familiar

La ficha familiar, es un instrumento de archivo, para lo cual debe destinarse el espacio respectivo dentro del área de estadística. Este instrumento no reemplaza a la historia clínica individual, es un complemento. Es un instrumento esencial del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) que permite vigilar el estado de salud de la población sus necesidades y desarrollar las mejores políticas de salud para garantizar la prestación de servicios sanitarios. Tiene dos objetivos fundamentales:

- Medir de la calidad de vida
- Medir los determinantes sociales de salud

La Ficha Familiar es implementada por el personal de todos los establecimientos de salud de primer nivel de atención así como por los integrantes de equipos móviles de salud, en directa coordinación con los líderes o autoridades de la comunidad y principalmente las propias familias. La apertura de la ficha familiar y la primera consulta, permiten conocer la realidad social de la comunidad, clasificar a la población en grupos de riesgo, realizar un diagnóstico de salud a nivel local y establecer prioridades en la atención; fortalece la estrategia del primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema, permite el desarrollo de actividades de promoción y prevención e incrementa el acceso a los servicios de salud. La Ficha familiar nos servirá además para:

- Identificar las determinantes de la salud de la familia.
- Realizar educación para la salud con la familia.
- Planificar visitas domiciliarias en base a sus prioridades.
- Clasificar las familias según el riesgo que presenten y priorizar su atención.
- Realizar la clasificación individual para dar el seguimiento a miembros de la familia con problemas de salud y riesgos identificados y Dispensarización categorizados.
- Orientar a la familia para la protección y autocuidado de su salud y mejorar la calidad de vida.
- Conocer el perfil epidemiológico de las comunidades.
- Elaborar el plan estratégico de salud de y con la comunidad.
- Elaborar el mapa de riesgo.
- Diagnóstico de familias con riesgo que permitirá el análisis y una proyección de un plan de intervención, el mapeo tratando de lograr la homogenización de los sectores, y la direccionalidad de los mayores esfuerzos a la población con mayor riesgo. La calificación de los riesgos biológicos, psicológicos, familiares y comunitarios, permitirá un mapeo de cada nivel, facilitando el análisis y la

dirección de los esfuerzos a los grupos de mayor riesgo. Los criterios para calificar riesgo deberán tomar en cuenta:

- El perfil epidemiológico de la región.
- Categorización del tipo de riesgo: Biológico, Psicológico, Sanitario, Socio-económico e identificación del subtipo de riesgo.
- Los datos de los criterios deberán encontrarse registrados en los diferentes instrumentos según los niveles correspondientes: persona, familia, comunidad.
- En la dimensión persona, los criterios deberán elaborarse por etapa de vida.
- Los criterios deberán revisarse con la periodicidad indicada por la región.
- El nivel nacional ha establecido 18 criterios de carácter nacional.

1.6.4.1. Pasos a seguir para aplicar la ficha familiar

- Coordinamos e informamos al líder o autoridad comunitaria sobre lo que se va a realizar y para qué sirve la ficha familiar.
 - Recibimos la capacitación.
 - Recibimos el material necesario.
 - Realizamos junto al líder o autoridad comunitaria un cronograma de visitas a cumplir.
 - Informamos a la familia por qué se le está visitando: qué es y para qué sirve la ficha familiar.
 - Registramos a cada familia en la Ficha Familiar, asignándoles su número de código correspondiente.
 - Asegurarnos de que todas las familias cuenten con su Ficha Familiar.
- Aseguramos que la Ficha Familiar funcione, registrando todos los eventos que ocurran en la familia, durante todas las visitas domiciliarias.
- Analizamos y aplicamos la información recabada de la siguiente manera:

1.6.4.2. Como aplicaremos la ficha familiar

El responsable de cada unidad de salud o brigada de salud programará un cronograma de visitas a cada familia de sus comunidades para llevar adelante el registro de las familias en la ficha familiar. Para ello es recomendable:

- Que toda la población se halle oportunamente informada acerca de la ficha familiar, que es, para qué sirve y cómo se ejecuta.
- Que todo el personal de salud se halle debidamente capacitado en el llenado de la ficha familiar.
- Elaborar el cronograma de aplicación de la ficha familiar, respetando las costumbres, calendarios agrícolas o laborales, horarios y valores culturales de cada comunidad.
- Al ser parte de la comunidad se debe primero saber que este instrumento debe manejarse todo el año para ver con claridad cómo se va a actuar sobre las determinantes de la salud y hacer seguimiento de lo planificado.
- Para ingresar a una vivienda y registrar a la familia, se debe presentarnos la nuestra identificación, explicando el motivo de la visita, tratando en forma amable a todas las personas que se encuentran en la vivienda y registrando todos los datos requeridos en la ficha familiar.
- Con ayuda de las familias, se debe dibujar un croquis de su vivienda, donde debe remarcarse los puntos de referencias fijos que sean comunes y conocidos por la población.
- Se asignará a cada familia una ficha familiar. No se debe olvidar que se entiende por familia al grupo de personas que tienen vínculos sanguíneos, legales, culturales y/o afectivos que comparten espacios colectivos como el techo común y prácticas colectivas como la alimentación de una olla común.

Para el llenado de los datos personales de cada miembro de la familia, se debe proceder de la siguiente manera.

Solicitar la presencia de todos los miembros de la familia

- La fuente de información estará a cargo del jefe de familia o del responsable.
- Si no se encuentra el jefe de familia, se obtendrá los datos de una persona mayor de 15 años.
- El registro de los miembros de la familia, se debe realizar en el orden establecido en el instructivo.
- En caso que uno de los miembros de la familia no se encuentre físicamente en la vivienda, (por ejemplo si hubiese realizado un viaje de corto tiempo) también será registrado, debiendo verificarse su existencia con alguna documentación o con

información de los vecinos. Se recomienda regresar posteriormente para reconfirmar la información.

- La apertura de la ficha familiar y llenado de los datos está bajo la responsabilidad del personal de salud del establecimiento de primer Nivel de Atención.
- Los datos específicos de evaluación médica, odontológica y de enfermería serán llenados por personal de salud de los establecimientos, previa capacitación.
- Al concluir el registro de datos de cada familia, se debe evaluar el tipo de riesgo de la familia, y determinar el ámbito de responsabilidad para realizar las acciones comunitarias y familiares e individuales.

Para mantener en orden las fichas de las familias que se ha registrado y que estén disponibles para su posterior análisis, se debe archivarlas de la siguiente forma:

- Asignar en el establecimiento de salud un lugar para archivar las fichas familiares de cada una de las comunidades a cargo del personal de salud.
- Se debe separar las fichas familiares por comunidad de acuerdo al orden alfabético.
- Una vez separadas las fichas familiares por comunidad, hay que ordenarlas según el número de código de la ficha hasta completar la última ficha de la comunidad.
- Finalmente, es necesario que se realice un seguimiento periódico de las familias y actualizar la información en la ficha durante cada visita.

La ficha familiar, y su instructivo está publicado con Acuerdo Ministerial en el marco de la Nueva Historia Clínica.

A continuación se presenta una ficha familiar tomada del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) del Ministerio de Salud Pública de Ecuador.



Trabajo de APS. Estudiantes y Docentes de la carrera de Enfermería de la Unesum, llenando de fichas familiares en comunidad.

INSTRUCTIVO BLOQUE 1 AL 5		BLOQUE 4: DATOS DEL HOGAR	INSTRUCTIVO DE LLENADO
BLOQUE 1: DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD OPERATIVA RESPONSABLE	INSTRUCTIVO DEL LLENADO		
Fecha de visita (dd/mm/aaaa)	REGISTRAR LA FECHA DE LLENADO DE ESTA INFORMACIÓN EN LOS CASILLOS EN EL ORDEN INDICADO	4.1. De cuántos cuartos dispone este hogar sin incluir cuartos de cocina, baños, garajes o los dedicados para negocios?	REGISTRAR SEGÚN LAS OPCIONES DE LLENADO
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	REGISTRAR EL NOMBRE DE LA ENTIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA O PRIVADA, SEGÚN NORMATIVA.	4.2. De estos cuartos ¿cuántos utiliza este hogar en forma exclusiva para dormir?	REGISTRAR SEGÚN LAS OPCIONES DE LLENADO
NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA	REGISTRAR EL NOMBRE Y TIPOLOGÍA DEL ESTABLECIMIENTO SEGÚN NORMATIVA DE LA DIRECCIÓN NACIONAL DE INFORMACIÓN	4.3. ¿De dónde proviene principalmente el agua que recibe este hogar?	REGISTRAR SEGÚN LAS OPCIONES DE LLENADO
CORQUIS DE UBICACIÓN DE LA VIVIENDA	DIBUJE UN MAPA DE LOCALIZACIÓN DEL DOMICILIO MARCANDO VÍAS, LOCALIDADES COMERCIALES, O SECTORES QUE PERMITAN IDENTIFICAR UBICANDO LAS COORDENADAS GEOGRÁFICAS	4.4. El agua que recibe este hogar es:	REGISTRAR SEGÚN LAS OPCIONES DE LLENADO
BLOQUE 2: IDENTIFICACIÓN DE LA VIVIENDA/EL HOGAR/UNIDAD DE SALUD	INSTRUCTIVO DE LLENADO	4.5. Principalmente ¿El tratamiento que le dan al agua que obtiene de (Pr. 4.) antes de beberla es: los miembros del hogar?	REGISTRAR SEGÚN LAS OPCIONES DE LLENADO
2.1. UBICACIÓN GEOGRÁFICA		4.6. El tipo de eliminación de aguas servidas con que cuenta el hogar es:	REGISTRAR SEGÚN LAS OPCIONES DE LLENADO
PROVINCIA	REGISTRAR EL CÓDIGO DE LA PROVINCIA DONDE SE ENCUENTRA LA VIVIENDA Y EL HOGAR, SEGÚN LA TABLA DE CODIFICACIÓN INEC	4.7. ¿El servicio higiénico con que cuenta el hogar está ubicado:	REGISTRAR SEGÚN LAS OPCIONES DE LLENADO
CANTÓN	REGISTRAR EL CÓDIGO DEL CANTÓN DONDE SE ENCUENTRA LA VIVIENDA Y EL HOGAR, SEGÚN LA TABLA DE CODIFICACIÓN INEC	4.8. Cómo eliminan en este hogar la mayor parte de la basura de la vivienda?	REGISTRAR SEGÚN LAS OPCIONES DE LLENADO
PARROQUIA	REGISTRAR EL CÓDIGO DE LA PARROQUIA DONDE SE ENCUENTRA LA VIVIENDA Y EL HOGAR, SEGÚN LA TABLA DE CODIFICACIÓN INEC		
2.2. IDENTIFICACIÓN CENSAL		BLOQUE 5: DIAGNÓSTICOS DE LA FAMILIA-EVALUACIÓN DE LOS FACTORES DE VULNERABILIDAD DE LA FAMILIA	INSTRUCTIVO DE LLENADO
ZONA	REGISTRAR EL CÓDIGO DE LA ZONA ADMINISTRATIVA DEL ESTABLECIMIENTO SEGÚN LA TABLA DE CODIFICACIÓN DE LA DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN DEL MSP	5.1. RIESGOS MEDIOAMBIENTALES	
SECTOR		5.1.1. CONTAMINACIÓN DEL SUELO, AIRE, AGUA	REGISTRAR EN CASO DE ENCONTRAR CONTAMINACIÓN
LOCALIDAD, COMUNIDAD, RECINTO/BARRIO		5.1.2. ANIMALES DOMÉSTICOS, MASCOTAS, VECTORES	REGISTRAR SI O NO EN LAS OPCIONES PRESENTADAS
2.3. UNIDADES CENSALES		5.2. RIESGOS SOCIODEMOGRÁFICOS	REGISTRAR SI O NO EN LAS OPCIONES
MANZANA	REGISTRAR LOS DATOS DE LA MANZANA	5.3. RIESGOS SANITARIOS	REGISTRAR SI O NO EN LAS OPCIONES
EDIFICIO	REGISTRAR LOS DATOS DE EDIFICIO, NOMBRE DEL CONDOMINIO, NOMBRE DEL USUARIO	RESPONSABLES DE LLENADO	REGISTRAR NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN HACE EL DIAGNÓSTICO, SEGUIMIENTO 1, SEGUIMIENTO 2 Y SEGUIMIENTO 3.
VIVIENDA			
HOGAR			
2.4. DIRECCIÓN			
CALLE 1	REGISTRAR EL NOMBRE DE LA CALLE O NÚMERO DE CALLE		
CALLE 2	REGISTRAR EL NOMBRE DE LA CALLE O NÚMERO DE CALLE		
No. DE CASA, BLOQUE, EDIFICIO			
LOTES			
2.5. CONDICIÓN DE OCUPACIÓN	ESCOJA LA OCUPACIÓN		
2.6. TIEMPO QUE VIVE EN ESTA CASA	REGISTRAR EL TIEMPO QUE VIVE EN ESTA CASA		
2.7. DATOS DE REFERENCIA	REGISTRAR EL NÚMERO TELEFÓNICO DE ALGUNA REFERENCIA EN CASO DE NO TENER CELULAR PROPIO		
BLOQUE 3: DATOS DE LA VIVIENDA	INSTRUCTIVO DE LLENADO		
3.1. TIPO DE VIVIENDA	REGISTRAR SEGÚN LAS OPCIONES DE RESPUESTA		
3.2. VÍA DE ACCESO PRINCIPAL A LA VIVIENDA	REGISTRAR SEGÚN LAS OPCIONES DE RESPUESTA		
3.3. Tipo y tiempo de desplazamiento desde la unidad operativa al domicilio	REGISTRAR SEGÚN LAS OPCIONES DE RESPUESTA		
3.4. CONDICIONES DE LA VIVIENDA	REGISTRAR SEGÚN LAS OPCIONES DE RESPUESTA		
a. El material predominante del techo de la vivienda es:	REGISTRAR SEGÚN LAS OPCIONES DE RESPUESTA		
b. El material predominante del piso de la vivienda es:	REGISTRAR SEGÚN LAS OPCIONES DE RESPUESTA		
c. El material predominante de las paredes interiores de la vivienda es:	REGISTRAR SEGÚN LAS OPCIONES DE RESPUESTA		
d. El estado del techo de la vivienda es:	REGISTRAR SEGÚN LAS OPCIONES DE RESPUESTA		
e. El estado del piso de la vivienda es:	REGISTRAR SEGÚN LAS OPCIONES DE RESPUESTA		
f. El estado de las paredes exteriores de la vivienda es:	REGISTRAR SEGÚN LAS OPCIONES DE RESPUESTA		

BLOQUE 1: DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA SALUD OPERATIVA RESPONSABLE		1.2. Croquis de Ubicación de la vivienda		BLOQUE 2: IDENTIFICACIÓN DE LA VIVIENDA / HOGAR / UNIDAD DE SALUD											
Fecha de Vista (dd/mm/aa) <input type="text"/> Institución del Sistema <input type="text"/>				2.1. Ubicación Geográfica		2.2. Identificación		2.3. Unidades Censales		2.4. Dirección					
1.1. Identificación Geográfica de la Unidad de Salud Zona Código <input type="text"/> Distrito <input type="text"/> Nombre de la Unidad Operativa <input type="text"/>				Provincia <input type="text"/> Cantón <input type="text"/> Parroquia <input type="text"/>		Localidad <input type="text"/> Comunidad <input type="text"/> Recinto <input type="text"/> Vivienda <input type="text"/> Barrio/Referencia <input type="text"/>		Manzana <input type="text"/> Calle 1 <input type="text"/> Calle 2 <input type="text"/> No. Casa, bloque, edificio <input type="text"/>		Hogar <input type="text"/> Lote <input type="text"/> Meses <input type="text"/> Entrenzado <input type="text"/> Fij <input type="text"/> Celular <input type="text"/> Año <input type="text"/> Persona de Referencia <input type="text"/> Fij <input type="text"/> Celular <input type="text"/>		2.5. Condición de Ocupación Ocupado (pero no a cargo) <input type="text"/> Desocupado <input type="text"/> En Construcción <input type="text"/> Demitada <input type="text"/> Temporal <input type="text"/> Otro <input type="text"/>		2.6. Tiempo que vive en esta casa	
BLOQUE 3: DATOS DE LA VIVIENDA (Escribir en un círculo el código de la respuesta)		2. El material predominante del piso de la vivienda es de:		4.2. De estos cuartos ¿Cuántos utiliza este hogar en forma exclusiva para dormir?		4.7. El servicio higiénico con que cuenta el hogar esta abastecido:		5.2. Riesgos Sociodemográficos							
3.1. Tipo de Vivienda (por observación)		201... 201... 201... Dejar puertas, baldas maderas, tabicados, piso flotante? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bóveda/mód. conducto? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Madera/traviesas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cemento/baldas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tablar tablar (se tratado) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cavi? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro material? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		201... 201... 201... 4.3. De dónde proviene principalmente el agua que recibe este hogar? Red pública? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pozo abierto o tipo pozo? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otra fuente por tuberías? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Curo repartido/valcés? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Puse? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Río, vertiente o cañal? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Agua de lluvia? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		201... 201... 201... 4.4. El agua que recibe este hogar es: Puro tablar dentro de la vivienda? Por tuberías fuera de la vivienda pero dentro del edificio, lote o terreno? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Por tuberías fuera del edificio, lote o terreno? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No recibe agua por tuberías, sino por otros medios? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		201... 201... 201... 4.8. Cómo eliminan en este hogar la mayor parte de la basura de la vivienda: Servicio Municipal? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> La botan a la calle? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> quemada/roto? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> La quemar? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> La enterrar? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Placidas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Contaran el servicio? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		201... 201... 201... 5.3. Riesgos Sanitarios Cocina está dentro del dormitorio No hay coladero en las veranas (sea esférico o rectangular) No usan mosquitero (sea antémico o metálico) Uso de plaguicidas Presentación signos de peligro en APTI Personas de tercera edad y niños en estado de abandono Familia que no haya acudido a unidades de salud		01... 201... 201...			
3.2. Vía de Acceso Principal a la Vivienda (por observación)		3. El estado del techo de la vivienda es:		4. El estado del techo de la vivienda es:		BLOQUE 3: DIAGNÓSTICO DE LA FAMILIA-EVALUACIÓN DE LOS FACTORES DE VULNERABILIDAD DE LA FAMILIA									
201... 201... 201... Asfalto, bloques, ladrillo? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Brique, ladrillo relleno? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Albero, cemento (bricks)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Adobe, tepal? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Madera? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Balsa que (cacha y cambio revocada)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gula cement? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro material? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		201... 201... 201... Blanco Pajujar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		201... 201... 201... Blanco Pajujar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		5.1. Riesgos Medioambientales. 5.1.1. Contaminación (Describir)		Contaminación del Suelo		Contaminación del Aire		Contaminación del Agua			
3.3. Tipo y tiempo de desplazamiento desde la unidad operativa al domicilio		3.4. Condiciones de la Vivienda		4.5. Principalmente, ¿el tratamiento que le da el agua que obtiene de (Pr.4) antes de beberla es lo miembros del hogar?		5.1.2. Animales									
Tipo de desplazamiento <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Motor <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Paj/Ficdo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cauto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Acro <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		201... 201... 201... No tiene paredes exteriores? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Abisilación? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dof? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tq? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Plástiq/qrto? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro material? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		201... 201... 201... 4.6. El tipo de eliminación de aguas servidas con que cuenta el hogar es: Alcantallado? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pozo séptico? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pozo seco? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Descarga directa al mar, río, lago o quebrada? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		201... 201... 201... 5.2. Contaminación del Agua (Responde 1-SI 2-NO) Tratamiento que representan riesgo sanitario Presencia de vectores transmisores de enfermedad (anodados, moscas, etc.) Convivencia inadecuada con animales o observa que los animales andan por todos lados en vivienda sin tener su lugar propio.		201... 201... 201... Nombre <input type="text"/> Fijo <input type="checkbox"/> Fusa <input type="checkbox"/> Seguimiento 1: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nombre <input type="text"/> Fijo <input type="checkbox"/> Fusa <input type="checkbox"/> Seguimiento 2: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nombre <input type="text"/> Fijo <input type="checkbox"/> Fusa <input type="checkbox"/> Seguimiento 3: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nombre <input type="text"/> Fijo <input type="checkbox"/> Fusa <input type="checkbox"/>		Responsable del llenado		Diagnóstico: Nombre <input type="text"/> Fijo <input type="checkbox"/> Fusa <input type="checkbox"/> Seguimiento 1: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nombre <input type="text"/> Fijo <input type="checkbox"/> Fusa <input type="checkbox"/> Seguimiento 2: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nombre <input type="text"/> Fijo <input type="checkbox"/> Fusa <input type="checkbox"/> Seguimiento 3: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
3.4. Condición de la Vivienda		4. El material predominante del techo de la vivienda es:		BLOQUE 4: DATOS DEL HOGAR (Escribir en un círculo el código de la respuesta)											
201... 201... 201... Asfalto/baldas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Abisilación? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dof? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tq? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Plástiq/qrto? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro material? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		201... 201... 201... Blanco Pajujar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		201... 201... 201... 4.1. De cuántos cuartos dispone este hogar sin incluir cuartos de cocina, baño, garaje o los dedicados para negocios? 201... 201... 201... Número de cuartos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>											

INSTRUCTIVO FAMILIAR BLOQUE 6	
BLOQUE 6: DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE SALUD DE CADA INTEGRANTE DEL GRUPO FAMILIAR	
A. IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA: REGISTRAR PRIMERO AL JEFE DE FAMILIA	
1. APELLIDOS Y NOMBRES REGISTRAR EL PRIMER NOMBRE Y LOS APELLIDOS PATERNO Y MATERNO DEL MIEMBRO DE LA FAMILIA	
2. CÉDULA DE IDENTIDAD REGISTRAR LOS NÚMEROS, SI ES EXTRANJERO COLOCAR LOS NÚMEROS DEL PASAPORTE O DOCUMENTO DE NACIONALIZACIÓN	
3. ¿QUE PARENTESCO TIENE CON EL JEFE DE FAMILIA? REGISTRAR LA RELACIÓN GENEALÓGICA O DE AFINIDAD DE CADA UNO DE LOS MIEMBROS CON EL JEFE DE FAMILIA, EL PRIMER REGISTRO SERÁ EL DEL JEFE DE FAMILIA SEGÚN LA TABLA DE CODIFICACIÓN FF SE ENCUENTRA AL REVERSO DE LA FF	
4. FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA) REGISTRAR DÍA, MES Y AÑO DE NACIMIENTO, VERIFICAR CON LA PARTIDA DE NACIMIENTO O CÉDULA DE IDENTIDAD, SI APLICA, EN CASO DE NO TENER, PREGUNTE, LA EDAD, CALCULE EL AÑO APROXIMANDO DE NACIMIENTO	
5. EDAD REGISTRAR LA EDAD ACTUAL EN CASO DE NO SABER PONER LA EDAD APROXIMADA, DE LO CONTRARIO PONER NO SABE	
6. SEXO	MUJER REGISTRAR EL SEXO DE LA PERSONA DE ACUERDO AL CÓDIGO HOMBRE REGISTRAR EL SEXO DE LA PERSONA DE ACUERDO AL CÓDIGO
7. ESTADO CIVIL ACTUALMENTE ESTÁ REGISTRAR EL ESTADO CIVIL DE LA PERSONA	
8. EN EL LUGAR INDICADO TRABAJA O TRABAJA CÓMO? REGISTRAR EL CÓDIGO DE LA OCUPACIÓN ACTUAL SEGÚN LA TABLA DE CODIFICACIÓN FF QUE SE ENCUENTRA AL REVERSO DE LA FF	
9. ¿CUÁL ES EL NIVEL DE ESCOLARIDAD MÁS ALTO AL QUE SISTE O ASISTÓ? REGISTRAR EL CÓDIGO DE NIVEL EDUCATIVO ACTUAL SEGÚN LA TABLA DE CODIFICACIÓN FF QUE SE ENCUENTRA AL REVERSO DE LA FF	
10. ¿CÓMO SE AUTOIDENTIFICA USUO? REGISTRAR UNA DE LAS OPCIIONES INDICADAS, SÓLO SE SOLICITA EN CASO DE SER ECUATORIANO, SE RESPETA LA AUTOIDENTIFICACIÓN PROPORCIONADA AUNQUE NO COINCIDA CON LO OBSERVADO POR EL PROFESIONAL QUE LLENE LA FICHA FAMILIAR.	
11. NACIONALIDADES REGISTRAR UNA DE LAS OPCIIONES INDICADAS, SÓLO SE SOLICITA EN CASO DE SER ECUATORIANO, SE RESPETA LA AUTOIDENTIFICACIÓN PROPORCIONADA AUNQUE NO COINCIDA CON LO OBSERVADO POR EL PROFESIONAL QUE LLENE LA FICHA FAMILIAR.	
12. PUEBLOS REGISTRAR UNA DE LAS OPCIIONES INDICADAS, SÓLO SE SOLICITA EN CASO DE SER ECUATORIANO, SE RESPETA LA AUTOIDENTIFICACIÓN PROPORCIONADA AUNQUE NO COINCIDA CON LO OBSERVADO POR EL PROFESIONAL QUE LLENE LA FICHA FAMILIAR.	
13. NACIONALIDAD REGISTRAR UNA DE LAS OPCIIONES INDICADAS, SÓLO SE SOLICITA EN CASO DE SER ECUATORIANO, SE RESPETA LA AUTOIDENTIFICACIÓN PROPORCIONADA AUNQUE NO COINCIDA CON LO OBSERVADO POR EL PROFESIONAL QUE LLENE LA FICHA FAMILIAR.	
14. SEGUROS DETALLAR EL SEGURO QUE TIENE SI ES DEL ISS, ISFA (FUERZAS ARMADAS) O SPOL (POLICÍA)	
15. SEGURO PRIVADO DETALLAR CUAL SEGURO PRIVADO TIENE	
MORTALIDAD FAMILIAR	
NOMBRE Y APELLIDO REGISTRAR LOS NOMBRES DE LOS MIEMBROS FAMILIARES FALLECIDOS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS	
PARENTESCO REGISTRAR LA RELACIÓN GENEALÓGICA O DE AFINIDAD DEL FALLECIDO CON EL JEFE FAMILIAR	
FECHA DE MUERTE (DD/MM/AAAA) REGISTRAR EL DÍA, MES, AÑO DEL FALLECIMIENTO	
EDAD AL MORIR (AÑOS CUMPLIDOS)	MUJER REGISTRAR LA EDAD DE FALLECIMIENTO EN AÑOS O MESES CUMPLIDOS DE LA MUJER
	HOMBRE REGISTRAR LA EDAD DE FALLECIMIENTO EN AÑOS O MESES CUMPLIDOS DEL HOMBRE
TIPO DE MUERTE	MUERTE NEONATAL DETALLAR TIPO DE MUERTE
	MUERTE INFANTIL DETALLAR TIPO DE MUERTE
	MUERTE MATERNA DETALLAR TIPO DE MUERTE
	MUERTE TEMPRANA DETALLAR TIPO DE MUERTE
CAUSA DESCRIBIR LAS CAUSAS QUE PROVOCARON LA MUERTE, IDENTIFICARLAS EN EL PASO ANTERIOR	

FCIA FAMILIAR BLOQUE 6

BLOQUE 6: DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE SALUD DE CADA INTEGRANTE DEL GRUPO FAMILIAR

A. IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA: REGISTRAR PRIMERO AL JEFE DE FAMILIA

CÉDULA DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO				EDAD	SEXO	Estado Civil Actualmente esta:	En el lugar indicar o (...)trabaja o trabaja cómo:	¿Cuál es el nivel de instrucción más alto al que asistió (...)?	¿Cómo se autoidentifica usted...?	Nacionalidades	Pueblos	Nacionalidad	SEGUROS	SEGUROS PRIVADOS
	1. ¿Del parentesco o relación tiene es, ¿con el jefe del hogar?	DÍA	MES	AÑO			1. Casado(a) 2. Unido(a) 3. Separado(a) 4. Divorciado(a) 5. Viudo(a) 6. Soltero(a)								

FECHA DE MUERTE (DD/MM/AAAA)	SEXO	TIPO DE MUERTE	(DESCRIBIR)
	1. HOMBRE 2. MUJER	1. MUERTE NEONATAL 2. MUERTE MATERNA 3. MUERTE INFANTIL 4. MUERTE TEMPORAL	

FCIA FAMILIAR BLOQUE 7

BLOQUE 7: ACTIVIDAD DE DIAGNÓSTICO FAMILIAR. REGISTRE LOS FR DE ACUERDO A LOS CÓDIGOS DE LA PARTE POSTERIOR

B. DIAGNÓSTICO DE SALUD INDIVIDUAL USAR CÓDIGOS CIAP Y CIE 10

VISITA DE DIAGNÓSTICO																	VISITA 1° SEGUIMIENTO																	VISITA 2° SEGUIMIENTO																	VISITA 3° SEGUIMIENTO																
CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA 1. AS: APARENTMENTE SANO 2. PR: PERSONA CON RIESGO 3. PEC: PERSONA CON ENFERMEDAD CRÓNICA 4. PD-S: PERSONA CON DISCAPACIDAD O SECUELA	FECHA				NOMBRE COMPLETO	FRIMA DE RESPONSABLES	DETALLAR SEGÚN CIAP-CIE 10	FECHA				NOMBRE COMPLETO	FRIMA DE RESPONSABLES	DETALLAR SEGÚN CIAP-CIE 10	FECHA				NOMBRE COMPLETO	FRIMA DE RESPONSABLES	DETALLAR SEGÚN CIAP-CIE 10	FECHA				NOMBRE COMPLETO	FRIMA DE RESPONSABLES	DETALLAR SEGÚN CIAP-CIE 10																																							
	DÍA	MES	AÑO					DÍA	MES	AÑO					DÍA	MES	AÑO					DÍA	MES	AÑO																																											
	□	□	□	□				□	□	□	□				□	□	□	□				□	□	□	□				□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□																												
	AS	PR	PEC	PD-S				AS	PR	PEC	PD-S				AS	PR	PEC	PD-S				AS	PR	PEC	PD-S				AS	PR	PEC	PD-S	AS	PR	PEC	PD-S	AS	PR	PEC	PD-S																											

realizarse desde la unidad de salud en base a la información disponible en el tarjetero de citas, de las carpetas familiares y de los pedidos individuales de los usuarios, la visita domiciliaria no puede ser sistemática a todos los domicilios de una cuadra o un caserío, sino que se orienta según el riesgo (4).

Actividad de trabajo autónomo 3

Elaborar un Análisis de Situación de Salud (ASIS) de una comunidad manabita.

Evaluación final del capítulo

Responder a un cuestionario de preguntas tipo reactivo. La puntuación asignada a cada ítem del cuestionario está a criterio del docente. El cuestionario incluirá las preguntas del banco de reactivos que ha elaborado cada docente.

Bibliografía

- (s.f.). Recuperado el Enero de 2018, de slideshare:
<https://es.slideshare.net/elianitakmvv/atencion-primaria-de-salud-renovada>
- World Health Organization. (2016). Recuperado de
(http://www.who.int/topics/occupational_health/en/)
- 2009, M. d. (2009). *Plan Nacional del Buen Vivir*. Quito: Ministerio de Planificación y Desarrollo Ecuador 2009.
- 2012, A. n. (2012). Ley Orgánica de Educación Superior. *Registro Oficial*. Quito.
- A, G. M., Martínez-López, Pérez-Constantino, M., & Montelongo-Meneses, P. P. (2013). *proceso de Atención de Enfermería a una lactante con neumonía basado en patrones funcionales*. México.
- A. Segur, I. L. (2003). *La profesio de salud publica y el debate de las competencias profesionales*. España: Gad Sanit.
- Alberto, N. (2010). *Situacion actual del proceso de implantación del modelo de atención integral en salud MAIS*. Miisterio de Salud Pública, Inteligencia de la salud Ministerio de Salud Publica, Quito.
- Altman, D. (1991). *Practical statistics for medical research*. . *Chapman & Hall*.
- Altman, D. (1991). Randomisation: potential for reducing bias. *BMJ*.
- Alwan, A., Olla, S., & Sameen, S. . (2016). Essential public health functions: the experience of the Eastern Mediterranean Region. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 22.
- Andaluz, D. S. (2008). *Guia de atencion Domiciliaria* . España: Distrito Sanitario Malaga.
- Armando, H. D. (1996). La extension universitaria y la integracion cultural. *Conferencia I encuentro latinoamericano*. Habana-Cuba.
- Arratia, A. (2005). *Investigacion y documentación histórica en enfermería*. Recuperado el 15 de septiembre de 2017, de www.academia.edu/24540723/investigacion_y_documentacion_historica_en-enfermeria: www.academia.edu
- Arratia, F. A. (2005). *Investigación y documentación histórica en Enfermería*. Santiago de Chile.
- Arribas A, G. S. (Enero de 2009). *Papel de la enfermeria en atencion primaria*. Recuperado el 17 de noviembre de 2017, de [www.index- f.com/las casass/documentos/lc034.pdf](http://www.index-f.com/las-casass/documentos/lc034.pdf): [www.index- f.com](http://www.index-f.com)
- Arribas Antonio Cacha, S. G. (Enero de 2009). *Papel de la enfermeria en atencion primaria. Salud Madrid*.
- Asamblea Constituyente. (2008). Constitución de la República del Ecuador. Ecuador.
- Asamblea Constituyente. (2008). Constitución de la República del Ecuador. *Capítulo Segundo, Art.32*. Ciudad Alfaro.
- Bonilla, M., Molina, J., & Morales, F. (14 de Mayo de 2006). *MAESTRIA EN GERENCIA Y LIDERAZGO EDUCATIVO*. Tesis de Maestria, UNIVERSIDAD FERMIN TORO, Barinas.

- Bortz, J., & Döring, N. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation*. Springer: Berlín, Heidelberg, Nueva York.
- Bortz, J., & Döring, N. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation*. . Spirnger: Berlín, Heidelberg, Nueva York.
- C, H. S. (2015). LA VINCULACIÓN CON LA SOCIEDAD, entre el Ser y el deber ser. *Rupturas*, 1.
- Cancio, C. (1998). *El desarrollo de la competencia comunicativa en escolares de septimo grado apartir del uso de diferentes codigos*. Recuperado el 15 de septiembre de 2017, de Repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/643/1/tesis de la Cruz valeria y Diana Gallegos.pdf: Repositorio.upse.edu.ec
- Centers for Disease Control and Prevention. (2017). Recuperado el 9 de Octubre de 2017, de CDC Health Literacy: <https://www.cdc.gov/healthliteracy/training/page1299.html>
- CEVALLOS, P. F. (1994). *Historia del Ecuador*. Guayaquil: (Publicaciones Educativas Ariel.
- Claudia, B., Servando, G., & Alejanro, O. (2005). Recuperado el 21 de Noviembre de 2017, de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-doc/indice_de_barthel.pdf: <http://www.sld.cu>
- Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. (2016). [website]. *Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016* (<http://www.euro.who.int/en/>. Recuperado el 9 de Octubre de 2017, de Health systems governance : <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-systems-governance/health-systems-governance>
- Córdova, E. V. (Año III de 1999). La participación comunitaria en salud. *Investigaciones Sociales*(3).
- Cortez, L. (2016). Recuperado el 18 de noviembre de 2017, de www.ual.es/editorial: www.ual.es
- CUEVA, A. (1973). *El Proceso de Dominación Política en el Ecuador*. Quito: Voluntad.
- décadas, Organización Panamericana de la Salud. (2016). *La equidad en la mira: La salud pública en Ecuador durante las últimas décadas*. Quito.
- DefiniciónMX. (8 de Mayo de 2017). *DefiniciónMX*. Obtenido de <https://definicion.mx/sobre/>
- Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire . (2017). *Ten Essential Public Health Services*. New Hampshire Department of Health and Human Services, New Hampshire .
- Donabedian A, B. R. (Agosto de 2003). Una introducción a la garantía de calidad en la atención médica . *Revista Internacional de Calidad en la Atención de la Salud*, 15(4).
- Ecuador, M. d. (2009). *Plan Estratégico MSP 2009-2013*. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Inteligencia de la Salud, Quito.
- Ecuador, M. d. (2012). *Modelo de Atención Integral en Salud*. (D. d. Salud, Ed.) Quito: Ecuador, Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

- Egas, A. (2013). *La evolución del gasto público en el sector salud en el Ecuador: Análisis de su contribución en el mejoramiento de la calidad del servicio otorgado. Período 2007-2012*. Quito.
- Ekos Negocios. (2012). Historia de la medicina en el Ecuador. *Ekos Negocios*.
- Enfermería Blog. (2014). Recuperado el 16 de Noviembre de 2017, de <http://enfermeriablog.com/niveles-de-actuacion-enfermera/>: <http://enfermeriablog.com>
- Enfermería y Educación. (2017). Recuperado el 14 de Octubre de 2017, de Teseopress: <https://www.teseopress.com/enfermeriayeducacion/chapter/capitulo-i-la-evolucion-de-la-enfermeria>
- enfermeria, B. (2014). Recuperado el 14 de Noviembre de 2017, de <http://enfermeriablog.com/niveles-de-actuacion-enfermera/>: <http://enfermeriablog.com>
- Enfermería, B. (2014). Recuperado el 16 de Noviembre de 2017, de <http://enfermeriablog.com/investigacion/>: <http://enfermeriablog.com/niveles-de-actuacion-enfermera/>
- Eng, J. (2003). Sample size estimation: how many individuals should be studied? . *Radiology*.
- Espinoza Uriostegui Adrian, M. I. (Enero de 2016). Miniguía de Modelo de Patrones Funcionales Marjory Gordon. *Enfermera.io, Vol1*.
- Espinoza, J. (1998). Recuperado el 16 de agosto de 2017, de <http://platea.pntic.mec.es/~jrui2/ast98/art40.htm>: <http://platea.pntic.mec.es>
- Estrella, R. (2013). *Breve Historia de la Medicina en Ecuador*. Quito: Pedro Jorge Vera.
- FLACSO. (2017). Recuperado el 24 de Noviembre de 2017, de Flacso-Andes: <http://www.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/55527.pdf>
- Fleiss, J. (1986). The design and analysis of clinical experiments. . *John Wiley & Sons*; .
- Formación de los Recursos Humanos en la Atención Primaria de Salud y la transformación de los servicios. (2013). *Simposio*, (pág. 82). Lima.
- Franco.Giraldo, A. (Septiembre de 2015). El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud. *Rev.Fac.Nacional de Salud Publica 2015*, 33(3).
- Franco-Giraldo, A. (Septiembre de 2015). El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud. *Rev.Fac.Nacional de Salud Publica 2015*, 33(3).
- Galindo, L. M. (1997). *Fundamentos de administración casos y prácticas* (Segunda ed.). México D. F: Trillas.
- Girbes, F., Juan, J., Jose, & E., & F, P. (enero de 2005). Enfermería en atención primaria :nuestra reponsabilidad con la población. *Admnistracion Sanitaria Española*, 3.
- Gispert, R., & Tresserras, R. (14 de 11 de 2016). *Aniorte nic-net*. Obtenido de http://www.aniorte-nic.net/apunt_polit_plan_3.htm
- Gordillo, L. (junio de 2014). Categorías de la conducta no verbal. *Iztacala*, 17(2).

- Gordon, M. (2016). Recuperado el 16 de Noviembre de 2017, de Bitácora Enfermera: <http://bitacoraenfermera.org/marjory-gordon-nos-ha-dejado/>
- Gordón, M. (2016). *Mini Guía del Modelo de Patrones Funcionales*.
- Gordón, M. (2017). Recuperado el 14 de Noviembre de 2017, de Enfermería: <https://enfermeria.io/marjory-gordon/>
- Guzman, M. A. (2005). Enfermería en atención primaria. *Biblioteca las casas, 1*.
- Hamerly, M. (1842). *Historia Social y Económica de la Antigua Provincia de Guayaquil*. Publicaciones del Archivo Histórico.
- Heymann, D. (2008). NPHIs as focal points for leadership in prevention and control of infectious diseases. *Journal of Public Health Policy*(29).
- Iyer, T. (1989). *Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería* (Tercera ed.). (I. d. Mexico, Ed.) Mexico: McGraw-Hill.
- Lawn, J., Rohde, J., Rifkin, S., Were, M., Paul, V., & Chopra, M. (2008). Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise. *Lancet*.
- Machin, D., & Campbell, M. (2005). *Design of studies for medical research*. *Wiley*.
- Machin, D., Campbell, M., Fayers, P., & Pinol, A. (1987). *Sample size tables for clinical studies*. *Blackwell Science Ltd*.
- Macinko J, M. H. (2007). La Renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Panam Salud Pública, (2/3)*(73-84).
- Martínez, J. (2006). *Manual de higiene y medicina preventiva hospitalaria* (Primera ed.). Madrid, España: Díaz de Santos.
- MARTINS, D. I. (s/f). Recuperado el 30 de Septiembre de 2017, de Oocities.org: www.oocities.org/trabajocomunitario6/index/PLANIFICACION2.doc
- Martin-Zurro, A., & Jordan Solá, G. (2011). *Atención Familiar y Salud Comunitaria*. Barcelo, España: Fotolera,S.A.
- Massie, J. L. (1989). *Bases esenciales de la Administración*. México: Diana.
- Ministerio de Salud Pública . (2012). Recuperado el 3 de noviembre de 2017, de instituciones.msp.gob.ec/somossalud/documento/guia/Manual_MAIS-MSP1212.pdf: instituciones.msp.gob.ec
- Ministerio de Salud Pública. (2009). *Manual del Modelo de atención integral de salud. Familiar, comunitario e intercultural MAIS-FC*.
- Ministerio de Salud Pública. (2013). *Modelo Integral de Atención en Salud - MAIS*. Quito.
- Ministerio de salud Pública. (2013). *Proyecto de Tamizaje metabólico neonatal*. Quito.
- Ministerio de Salud Pública. (2014). *PASSE, Construyamos el Hábitat Familiar Saludable: Guía de implementación de Tecnologías Apropriadas, Ecuador*.
- Ministerio de Salud Pública. (2015). *Curso de Epidemiología en Acción. Módulo 3, Diseño de Programas de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades*.

- Ministerio de Salud Pública. (2016). Recuperado el 20 de Septiembre de 2017, de Ministerio de Salud Pública-Uruguay: <http://www.msp.gub.uy/noticia/planes-locales-de-salud>
- Ministerio de Salud Pública. (2016). *MAIS*. Quito.
- Ministerio de salud Pública. (2017). *Manual de procedimientos para la prevención y control de la tuberculosis*. Quito.
- Ministerio de salud pública. (2017). *Prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la tuberculosis*.
- Ministry of Health and Long-Term Care. (2017). *Standards for Public Health Programs and Services*. Population and Public Health Division, Ministry of Health and Long-Term Care, Ontario.
- Moher, D., Schulz, K., & Altman, D. (2001). The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomized trials. . *Ann Intern Med* .
- Mosquera, M. (2003). Recuperado el 17 de octubre de 2017, de <http://www.commimit.com/la/lasth/sld2915.html>: <http://www.commimit.com>
- MSP . (2010). *Norma Modelo de Atención Integral en Salud SEPSS*.
- MSP. (17 de Septiembre de 2002). <http://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/10/ley-sis-nac-salud.pdf>. Obtenido de <http://www.todaunavida.gob.ec/>
- MSP. (2014). Recuperado el 23 de Septiembre de 2017, de Ministerio de Salud Publica-Ecuador: [https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguimiento/730/an%C3%81lisis_situacional_integral_de_salud_final_\(3_09_14\).pdf](https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguimiento/730/an%C3%81lisis_situacional_integral_de_salud_final_(3_09_14).pdf)
- MSP. (2014). *INSTRUCTIVO PARA LA ELABORACION DEL*. Obtenido de [https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguimiento/730/an%C3%81lisis_situacional_integral_de_salud_final_\(3_09_14\).pdf](https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguimiento/730/an%C3%81lisis_situacional_integral_de_salud_final_(3_09_14).pdf)
- MSP. (2015). *Manual de Organización de las áreas de salud*.
- MSP. (s.f.). *MSP*. Recuperado el 26 de Septiembre de 2017, de Ministerio de Salud Pública : <http://www.salud.gob.ec/programas-del-ministerio-de-salud-publica/>
- MSP, OPS, & Unicef. (2005). *Manual de normas Técnico-Administrativas, Métodos y procedimientos de vacunación y vigilancia Epidemiológica del Programa Ampliado de Inmunización* . Quito : Nuevo Arte .
- North Carolina Public Health (NCPH) . (2016). Recuperado el 9 de Octubre de 2017, de About Us: Mission and Core Functions: <http://publichealth.nc.gov/mission.htm>
- OMS, OPS, & MSP. (2017). *Evaluación de la estrategia nacional de inmunización* . Quito .
- OPS/OMS. (2012). Recuperado el 22 de Noviembre de 2017, de Sistema de Salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategia para el desarrollo de los equipos de APS: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/Prescri%C3%A7%C3%A3o/ORGANIZA%C3%87%C3%83O%20PAN->

- OPS/OMS. (2013). Recuperado el 2018, de Atención Primaria en Salud:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=389&Itemid=40976&lang=es
- Organización Mundial de la Salud. (1997). *Declaración de Yakarta sobre la promoción de la Salud en el siglo XXI*. Recuperado el 3 de Noviembre de 2017, de www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/yakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf: www.who.int
- Ordaz, D., & Saldaña, G. (2006). *Eudmet.net*. Obtenido de <http://www.eumed.net/libros-gratis/2006b/voz/1a.htm>
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud. En O. P. Salud, *Serie la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. No. 2* (pág. 78). Washington D.C: ISBN 978 92 75 32938 2.
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS*. Washington, D.C: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2016). *La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador*.
- Organización Panamericana de la Salud. (2016). *La equidad en la mira: La salud pública en Ecuador durante las últimas décadas*.
- Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS. (2017). Los modelos de atención a la salud. En F. Sacoto, *La equidad en la mira: La salud pública en Ecuador durante las últimas décadas* (págs. 317-327).
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. (2017). *Renovación de la Atención primaria de salud*. OPM/OMS/ Washington D.C.
- Organization, P. A. (1978). *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Union de Repùblicas Socialistas Sovieticas.
- Oxford University. (2017). *Oxford University Press*. Recuperado el 27 de Septiembre de 2017, de <https://es.oxforddictionaries.com/definicion/politica>
- Paredes, V. (1963). *Historia de la Medicina en el Ecuador*. Quito: Casa de la Cultura Ecuatoriana.
- Pareja, A. (1974). *Historia de la República*. Guayaquil: Cromograf.
- Pedrero, M. B. (2015). *Administración de los servicios de enfermería* (Séptima ed.). (J. d. Fraga, Ed.) México: Mc Graw Hill.
- PEDRERO, M. D. (2015). *ADMINISTRACION DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA* (sexta ed.). (H. F. Aguilar, Ed.) MEXICO: Javier de Leòn Fragas.
- Pérez, J., & Gardey, A. (2012). Recuperado el 29 de Septiembre de 2017, de (<https://definicion.de/programa-de-salud/>)
- Perez, J., & Merino, M. (2009). *Definición*. Obtenido de <https://definicion.de/plan/>

- Pozo, J. S. (2018). *Comunitaria*. (<https://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/>, Ed.) Madrid: Ediciones Salud Pública y otras dudas.
- Pública, M. d. (2013). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Salud Pública, Quito.
- Pública, M. d. (2013). *Reglamento Sanitario del Etiquetado de Alimentos Procesados para el Consumo Humano*. Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Salud Pública, Quito.
- Pública, M. d. (2016). *Rendición de cuentas 2016*. Ministerio de Salud Pública, Planificación, Quito.
- Pública, M. d. (2017). *Guía de práctica clínica diabetes mellitus dos*. Quito: Ministerio de Salud Pública.
- Rezabal, J. (2015). Recuperado el 15 de agosto de 2017, de Runachayecuador.com/refcale/index.php/refcale/article/view/60: Runachayecuador.com
- Rodríguez, S. H. (2006). *Introducción a la Administración* (Cuarta ed.). (S. ...-H. EDITORES, Ed.) México, D.F.: MCGRAW-HILL/INTERAMERICANA.
- Röhrig, B., & Du Pre, J.-B. W. (2009). Types of Study in Medical Research. *Dtsch Arztebl Int*.
- Rothman, K., Greenland, S., & Lash, T. (2008). Modern Epidemiology. Types of epidemiologic studies. . *LIPPINCOTT Williams & Wilkins*; , 3rd Edition.
- Rothman, K., Greenland, S., & Lash, T. (2008). Modern Epidemiology. Types of epidemiologic studies: clinical trials. *LIPPINCOTT Williams & Wilkins*(3rd edition).
- (s/f). Recuperado el 23 de Septiembre de 2017, de Bantaba: http://www.bantaba.ehu.es/formarse/ficheros/view/Proyectos_de_salud.pdf?revision_id=65808&package_id=65709
- Samaniego, J. J. (1957). *Cronología Médica Ecuatoriana*. . Quito: Casa de la Cultura.
- Schäfer, H., Berger, J., & Biebler, K.-E. (1999). Empfehlungen für die Erstellung von Studienprotokollen (Studienplänen) für klinische Studien. . *Informatik, Biometrie und Epidemiologie in Medizin und Biologie*.
- Schumacher, M., & Schulgen, G. (2007). Methodik klinischer Studien. . *Springer*.
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES). (2013). Recuperado el 27 de Septiembre de 2017, de Buen Vivir Plan Nacional 2013-2017: <http://www.buenvivir.gob.ec>
- Segura, J. (6 de Septiembre de 2009). *Salud pública y algo más*. Recuperado el 2 de Octubre de 2017, de http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2009/09/06/124374#_ftnref1
- SEMPLADES. (2013). *Plan Nacional del Buen Vivir*. Quito.
- Serrano, A. t. (2012). Estandares de un sistema de garantía de la calidad en Salud. En A. t. Serrano, & E. d. U (Ed.), *Garantías de Calidad en Salud* (pág. 86). Bogota, Colombia: Editorial buena semilla.
- Sistema Nacional de Salud de España. (2013). Estrategia de APS. En C. Territorial. Madrid.

- Teseopress. (2017). Recuperado el Diciembre de 2017, de Enfermería y Educación: <https://www.teseopress.com/enfermeriayeducacion/chapter/capitulo-i-la-evolucion-de-la-enfermeria/>
- Toro L. (2015). *Importancia del trabajo en equipo en las organizaciones actuales*. Trabajo final, Universidad Nueva Granada, investigación de la Universidad Militar Nueva Granada, Bogota.
- Torres Esperón Maricela, C. D. (Agosto de 2005). Funciones de Enfermería en la atención primaria en Salud. *Scielo-Revista Cubana de Medicina general integral*, 21(3).
- Torres M, D. C. (Agosto de 2005). Funciones de Enfermería en la atención primaria en Salud. *Scielo-Revista Cubana de Medicina general integral*, 21(3).
- Triana, M. (2017). Recuperado el 15 de octubre de 2017, de <https://doi.org/10.1544c/av.enferm.v5n2.66941>: <https://doi.org>
- Universidad del Nordeste- Facultad de Medicina. (2013). Recuperado el 30 de Septiembre de 2017, de Universidad del Nordeste- Facultad de Medicina: https://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/aps/participacion_comunitaria.pdf
- Walsh, J., & Warren, K. (1979). Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. . *N Engl J Med*. (201).
- WHO. (2008). *World Health Report*. . Geneva .
- World Health Organization. (2000). *The world health report 2000: health systems: improving performance*. World Health Organization. Obtenido de World Health Organization: Geneva ;
- World Health Organization. (2006). *The World Health Report 2006 - Working together for health*. . Geneva: World Health Organization, Geneva. Obtenido de The World Health Report 2006 - Working together for health. Geneva: World Health Organization; 2006 (<http://www>).
- World Health Organization. (2008). *Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization. (2008.). *Global Assessment of National Health Sector Emergency Preparedness and Response*. . World Health Organization. Obtenido de Global Assessment of National Health Sector Emergency Preparedness and Response. Geneva: World Health.
- World Health Organization. (2013). Recuperado el 9 de Octubre de 2017, de Health in all policies: <http://archive.is/20130704022147/www.healthpromotion2013.org/health-promotion/health-in-all-policies>
- World Health Organization. (2016). Recuperado el 9 de Octubre de 2017, de World Health Organization: <http://www.who.int/healthsystems/en/>
- World Health Organization. (2016). Recuperado el 9 de Octubre de 2017, de World Health Organization: (http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/en/

- World Health Organization. (2016). *Classifications of diseases* . World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization. (2016). *Health systems – health workforce*. World Health Organization;, Geneva.
- World Health Organization. (4 de Septiembre de 2017). *World Health Organization*.
Obtenido de <http://www.who.int/es/>
- World Health Organization. (1978). The Alma Ata Conference on Primary Health Care. .
WHO Chronicle. (32).
- World Health Organization. (1986). Ottawa charter for health promotion. *Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique*. .
- World Health Organization;. (2016). Recuperado el 9 de Octubre de 2017, de Risk factors : http://www.who.int/topics/risk_factors/en/
- World Health Organization;. (2016). Recuperado el 9 de Octubre de 2017, de Nutrition : <http://www.who.int/topics/nutrition/en/>
- World Health Organization;. (2016). Recuperado el 9 de Octubre de 2017, de Public health legislation: <http://www.who.int/topics/legislation/en/>
- Yagua, F. (2016). Recuperado el 31 de Enero de 2018, de Universidad de Falcón:
<http://files.franklin-yagua.webnode.com.ve/200000122-79dd47bd0d/Gu%C3%ADa%20de%20Estudio.%20La%20planificaci%C3%B3n.pdf>
- Zambrano Robert, S. M. (2017). *Modelo de atención alternativo para pacientes diabéticos e hipertensos*. Jipijapa: 3 ciencias.
- Zelen, M. (1974). The randomization and stratification of patients to clinical trials. *J Chronic Dis*. .

Capítulo II

Modelo de Atención Primaria de Salud

Autores:

Miladys Placencia López MSc.
Mabel Sánchez Rodríguez MSc.
Jaqueline Delgado Molina MSc.

Revisora:

Dra. María del Rosario Herrera

**Universidad Estatal del Sur de Manabí
Facultad de Ciencias de la Salud
Carrera de Enfermería**

Lectura de reflexión

Hemos comenzado un nuevo año, y aún a pesar de que el tiempo va pasando, seguimos viendo como hay costumbres que perduran desde antaño. En un calendario leo la oferta de servicios médicos y de «ATS» las funciones que asignan a nuestro colectivo son: electrocardiogramas, curas, tensiones, espirometrías y análisis clínicos.

¿Qué pensáis al respecto? ¿Refleja esto la realidad de las funciones de nuestra profesión en Atención Primaria? ¿Qué parte tenemos las enfermeras/os de responsabilidad en todo ello? y ¿Cuánto las instituciones, políticos, gestores, y líderes profesionales?

Esto es la punta de un iceberg, que tiene mucho más elementos sumergidos debajo del agua, que visibles en la superficie. «Aquellos que no pueden recordar el pasado están condenados a repetirlo».

Conocer cómo ha evolucionado la enfermería para la salud comunitaria, es útil para conceder a las enfermeras/os la convicción de seguir adelante y lograr superar el reto del cambio esperado.

Por tradición, las enfermeras basaron su práctica en la intuición, el ensayo-error, y la experiencia personal («como me enseñaron»). Estos métodos actualmente resultan inadecuados para aumentar el cuerpo de conocimientos de una disciplina científica como es la Enfermería.

Que los profesionales centrarán su atención «exclusivamente» en realizar técnicas, derivadas por otros profesionales, supone una de las trabas para el progreso profesional.

Para realizar el cambio, es necesario poseer un marco de visión profesional: un modelo de cuidados, «la mirada enfermera»

Tomado de la página

<http://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Revistas/Primavera%202012/Reflexiones>

Evaluación inicial diagnóstica

Analice la siguiente situación

En el capítulo anterior fue abordado el tema relacionado con la Salud Pública, dentro de los contenidos desarrollados se trataron las funciones esenciales de la salud pública, las áreas vulnerables de la comunidad, las fichas familiares, y las visitas domiciliarias, temas centrados en transformaciones necesarias con miras a mejoras en el futuro de la salud comunitaria.

Teniendo en cuenta lo antes expuesto, responda las siguientes preguntas:

1. ¿Qué beneficios tiene para la población las transformaciones planteadas en la Atención Primaria de Salud?

2. ¿Cuáles son las funciones esenciales de la salud pública en Ecuador?

3. ¿Qué importancia tiene para los profesionales de la salud, conocer las áreas vulnerables de la comunidad, donde brinda sus servicios como enfermero/a?

4. ¿Qué utilidad tiene la ficha familiar para el trabajo comunitario de salud?

5. ¿Qué relación guarda la ficha familiar con las visitas domiciliarias?

Orientaciones metodológicas

Teniendo en cuenta los contenidos del primer capítulo relacionados con la Salud Pública y su visión en Ecuador y el mundo, se desarrollarán los contenidos relacionados con el Modelo de Atención Primaria, ya aplicado por el Ministerio de Salud Pública en Ecuador (MAIS), destacando los diferentes momentos históricos de la enfermería, y las nuevas directrices basadas en la Atención Primaria de Salud Renovada, contenidos más relevantes en este capítulo, que se materializan con los análisis y las determinantes de salud en este primer nivel de atención, para la planificación de estrategias en aras de mantener el equilibrio entre la salud y las enfermedades, siempre que sea posible.

Este capítulo se desarrollará en cuatro semanas, formulando en cada una de ellas actividades relacionadas con el estudio independiente que facilitará una mejor comprensión de los contenidos, y por ende la apropiación de conocimientos por parte de los estudiantes, para lograr la apropiación de conocimientos por parte de los estudiantes, y su posterior aplicación en el desempeño profesional, es importante realizar análisis, consultas, debates, primando siempre el respeto a las opiniones en cada uno de estos momentos, siempre y cuando sean opiniones justificadas con la ciencia y actualidad del tema.

Cada uno de los encuentros y el desarrollo de las temáticas planificadas se vincularán en todo momento con los componentes inherentes a la docencia, investigación y vinculación con la sociedad, elementos de vital importancia para cumplir las metas y las renovaciones que se proponen en la Atención Primaria de Salud.

2.1. Introducción

La Atención Primaria de Salud es un sistema sanitario que ha demostrado desde su implantación, hace más de 25 años, la necesidad de hacerlo cada día más pertinente, para ello se sustenta en la atención y control (en cuestiones de salud) de una población determinada, y tiene como función medular brindar cuidados tanto al hombre sano como al hombre enfermo, con la participación de los gobiernos imperantes en cada país.

En el campo de la salud pública en América Latina, durante las últimas décadas se ha procurado llevar a la práctica el complejo concepto de salud definido por el croata Andrija Stampar en 1946: “La salud [define un] estado completo de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades” (Tejada de Rivero, 2005). Este modo de entender a la salud constituye uno de los ejes fundamentales de la Carta Constitutiva de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y, a su vez, ha marcado los desafíos de dos generaciones de salubristas latinoamericanos. (Organización Panamericana de la Salud, 2016)

Hacia la mitad de la década del setenta, las Naciones Unidas en su reunión anual y los gobiernos del mundo se plantearon como objetivo común alcanzar un nivel de salud mínimo que permita llevar una vida digna y fomentar un desarrollo verdaderamente humano. Específicamente, se esperaba que hasta el año 2000 todos los países diseñaran y ejecutaran estrategias orientadas a garantizar esta atención básica de salud. (Organización Panamericana de la Salud, 2016)

Más allá de los equívocos señalados, la Atención Primaria de Salud, en su sentido cabal, fue una concepción y en algunos casos una experiencia pionera de desarrollo de políticas de salud que marcó el inicio de un cambio de paradigmas en la práctica de la salud pública (FLACSO, 2017), este es el punto de partida para reflexionar acerca de la situación de salud actual de las poblaciones y en la factibilidad de las acciones dirigidas a transformar los resultados exhibidos en las tasas de morbilidad y mortalidad relacionadas con enfermedades transmisibles como: la tuberculosis pulmonar, el dengue, el sika, y otras de transmisión sexual, y las no trasmisibles como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, la insuficiencia renal, y las enfermedades cerebrovasculares, entre otras.

Para ello es necesario que la Atención Primaria de Salud desarrolle la promoción de salud y la prevención de enfermedades como ejes articuladores entre hombre-salud-enfermedad, dejando como opciones primarias la asistencia al hombre ya enfermo o en vías de enfermar, y colocando las acciones curativas y de rehabilitación solo como alternativa ante situaciones específicas de salud.

El trabajo en equipo es de relevante importancia para desarrollar con éxito las metas que se propone en cualquier ámbito de la vida, por ende los trabajadores de la salud y específicamente aquellos que se desempeñan en la Atención Primaria, destacándose en estos equipos el papel del médico y la enfermera por los roles que juegan en su desempeño profesional, ambos son binomios claves en la atención de los usuarios.

La labor de enfermería en el desarrollo de la Atención Primaria de Salud ha sido un pilar muy importante, que ha marcado pautas en la historia de la salud pública a nivel mundial, destacando el trabajo relacionado con la promoción y prevención de salud, además de aplicar integralmente cuidados dirigidos a fomentar la salud del individuo, participando como promotor del desarrollo humano a través de la historia.

A la enfermería se le ha denominado la más antigua de las artes y la más joven de las profesiones. Ha atravesado numerosas etapas y ha formado parte de los movimientos sociales, como disciplina y como profesión tiene como sujeto de atención el hombre, la familia y la comunidad. Su rol y las tendencias de cuidados de salud son y fueron influenciados por los cambios políticos, sociales, culturales, científicos y por las problemáticas de salud de la comunidad (Enfermería y Educación, 2017), es por ello que el Modelo de Atención Primaria de Salud cuenta para su puesta en marcha con los profesionales de enfermería como piedras angulares de este complejo proceso.

El desarrollo de este capítulo se centrará en el análisis del Modelo de Atención de Salud (MAIS) y las alternativas existentes para contribuir a mejorar la calidad de vida de las comunidades, situación que en la actualidad se ha convertido en un problema a nivel mundial, y principalmente en Latinoamérica, destacando la participación de la enfermera que a lo largo de la historia ha marcado pautas a seguir en la Atención Primaria de Salud.

Para abordar este creciente problema de salud un paso esencial fue la reunión de alto nivel de la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) de 2011 sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Esta iniciativa consiguió situar este tema entre las prioridades de las agendas políticas. Allí, y por primera vez, todos los EEMM de las Naciones Unidas convinieron que las enfermedades crónicas constituyen un importante obstáculo para el desarrollo socioeconómico, favorecen la pobreza y representan una amenaza para el logro de los «Objetivos del milenio». (Sistema Nacional de Salud de España, 2013)

Las sociedades modernas afrontan desde finales del siglo pasado dos retos íntimamente relacionados, la transición demográfica y la transición epidemiológica. Esto supone un cambio desde las enfermedades transmisibles a las no transmisibles a medida que aumenta la esperanza de vida de una población. (Sistema Nacional de Salud de España, 2013)

Las principales causas de la carga de enfermedad, tanto a nivel mundial como en el entorno, tienen unos determinantes y factores de riesgo comunes, y abordarlos de forma conjunta e integradora mejora tanto el impacto de las acciones de promoción y prevención como su eficiencia (Sistema Nacional de Salud de España, 2013), para ello es necesario que la atención de salud brindada a los usuarios integre al equipo de salud de manera multidisciplinaria, participando activamente el personal de enfermería, profesionales que a través de la historia han desempeñado un papel protagónico en la Atención Primaria de Salud.

La historia de la Enfermería, se presenta como la estrategia capaz de proveer respuestas a diversas interrogantes, incrementando el saber profesional a través de la generación de nuevos datos científicos y nuevos conocimientos. Esto ha permitido a Enfermería, mostrarse como un actor crítico al conectar vivencias del contexto social con problemas de género, favoreciendo la interpretación del mundo científico e investigativo. (Arratia, 2005)

A través de la historia se han destacado varias figuras insignias de esta noble profesión, figuras que desde tiempos muy remotos fueron marcando las pautas a seguir para el cuidado de los enfermos destacándose dentro de ellas:

Florence Nightingale



Florence Nightingale marcó el inicio de una nueva era para la enfermería, con el desarrollo del primer programa organizado de formación de enfermeras en el año 1860. De ahí que la prestación de cuidados se convirtió en el principal producto que se dispensaba en los hospitales. La verdadera función de la escuela que Nightingale quiso plasmar en sus inicios que no era la preparación sino el servicio; educando en base a un modelo propio que no girara sobre los ejes de enfermedad y tratamiento.

Estos principios fueron los propulsores del desarrollo en los cuidados de los seres humanos sostenidos en el campo de la práctica. Esta etapa tuvo sus orígenes en Occidente a fines del siglo XVIII y comienzos del XIX, durante la guerra de Crimea. Entonces se sentaron las bases teóricas, prácticas, educativas y aun investigativas de la enfermería, sellando la profesión con su imagen de la insigne enfermera. (Teseopress, 2017)

Florence desarrolló el primer programa organizado de formación de enfermeras en el año 1860, subvencionado por la fundación Nightingale, marcó el inicio de una era distinta para la enfermería, entonces se sentaron las bases teóricas, prácticas, educativas y aun investigativas de la enfermería, sellando la profesión con su imagen de la insigne enfermera, iniciando la aplicación del método científico por medio de la investigación, el cual influyó en el desarrollo de la medicina. (Teseopress, 2017)

Virginia Henderson



En la década de 1960 surge la propuesta de Virginia Henderson que definió a la enfermería como:

La asistencia o cuidado al individuo sano o enfermo, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a la recuperación de la misma (o a una muerte tranquila y digna) y que las podría ejecutar por sí mismo, si hubiera capacidad, el deseo y el conocimiento”

(Marriner, 1994, p. 181)

Fuente:<https://www.teseopress.com/enfermeriayeducacion/chapter/capitulo-i-la-evolucion-de-la-enfermeria>

A pesar de la distancia de años, este concepto tiene mucha semejanza con el de Nightingale, e incluye además elementos nuevos como el de educación en la salud, la capacidad y el conocimiento, el sujeto de atención. (Teseopress, 2017)

Herdenson definió en términos funcionales que la función propia de enfermería es asistir al hombre sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), que esté realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Afirma además que es la calidad de la salud más que la vida en sí misma, ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona a trabajar con máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto en la vida. (Teseopress, 2017)

Lo anterior resalta a la enfermera como sustento en cada una de las situaciones por las que puede atravesar el paciente cuando enferma, para ello la reflexión acerca de cómo evitar que enferme sigue quedando implícita en la promoción de salud y la prevención de enfermedades como distintivos de Atención Primaria de Salud, donde precisamente se planifican, controlan y evalúan estrategias dirigidas a este fin, para lograr modificar los estilos de vida de las poblaciones, y por ende aumentar la calidad de vida, necesidad que hoy impera en las comunidades afectadas por las inclemencias del medio ambiente, donde aún son insuficientes las acciones encaminadas a estos fines.

Dorothea Orem



En el año 1957 comenzó su trabajo como asesora de programas de estudio, y defiende la teoría del autocuidado, afirmando que el autocuidado como comportamiento aprendido se aprende a medida que la persona interactúa y se comunica con la familia y los grupos sociales, comportamientos de autocuidado que están influidos por valores personales y culturales de los grupos. (10)

Orem plantea tres fases que guían de alguna manera el éxito de las intervenciones de enfermería:

- Primera fase: en que la persona se hace consciente de que requiere algún tipo de acción.
- Segunda fase: en que la persona toma la decisión de seguir un curso particular de acción.
- Tercera fase: en la cual, la persona realiza la acción.

Si la comunicación con los usuarios se logra de manera efectiva con el cumplimiento de estas fases, entonces se afirma que las intervenciones de salud, y específicamente las acciones de enfermería lograran promover salud, prevenir enfermedades, curar y rehabilitar, en casos que así lo requieran, logrando además los cambios en los estilos de vida de la población, situación que es de gran complejidad en muchos de los casos.

Marjory Gordon



Marjory Gordon está considerada una de las 10 enfermeras más importantes de la Historia de la enfermería. De origen Estadounidense, Gordon desarrolló toda su trayectoria profesional en su país de nacimiento, donde fue miembro de la American Nursing Association y Presidenta de la NANDA, North American Nursing Diagnosis Association en lo que significa alcanzar el nivel más alto en cuanto a prestigio en la Enfermería Mundial. Realizó un importante trabajo de Difusión respecto a los Diagnósticos de Enfermería. (Gordón, Mini Guia del Modelo de Patrones Funcionales, 2016) (Gordón, Enfermería, 2017)

Fue la primera presidenta, miembro de la Academia Americana de Enfermería desde los 70 y teórica fundamental del diagnóstico enfermero, dando un enfoque crítico y reflexivo a este elemento esencial de nuestro método de trabajo. Y una de las más influyentes teóricas en otro de los elementos del proceso enfermero, la valoración, sus 11 patrones son un método de valoración ampliamente utilizado en todo el mundo. (Gordon, 2016)

Existen otras teorías relacionadas con el cuidado de enfermería y las pautas a seguir para brindar atención a los usuarios, pero las autoras anteriormente mencionadas hacen disertaciones directas y apropiadas que se han mantenido a través del tiempo para desarrollar el trabajo de enfermería, en diferentes etapas, demostrando aún su efectividad, solo falta que cada día la capacidad intelectual, creadora, comunicativa, y ética sea el distintivo de todas aquellas personas que se inclinen por el estudio de las ciencias de la salud, destacando la enfermería como la especialidad que se distingue por el arte de cuidar, quedando demostrado que desde tiempos muy remotos la Atención Primaria de Salud y la enfermería han estado estrechamente ligadas a la historia de esta noble profesión.

Actualmente la enfermería como disciplina incorpora en sus estudios las teorías y modelos de las pioneras de esta especialidad descritas anteriormente, y se caracteriza por realizar una ardua labor en el cuidado del paciente; en su evolución ha pugnado por fortalecer la integración y desarrollo de sus principios y fundamentos reunidos en diversas teorías y modelos como la teoría del entorno de Florence Nightingale y el Modelo de Adaptación de Callista Roy, quienes destacaron la importancia de considerar las condiciones del entorno en el que se ubica la persona; Virginia Henderson y Dorotea Orem por su parte, postularon la realización de un plan de cuidados basado en la identificación de necesidades de Maslow y necesidades asociadas al déficit de autocuidado respectivamente; Dorothy Johnson con el Modelo de Sistemas conductuales y Marjory Gordon con los 11 Patrones Funcionales, privilegian la identificación de los factores que afectan el desarrollo y el funcionamiento en beneficio de la vida, la salud y el bienestar de la persona. (Martínez-López, Pérez-Constantino, & Montelongo-Meneses, 2013)

Dichas teorías y modelos han contribuido de manera significativa a estructurar una tendencia holística en la realización de intervenciones de enfermería. Al realizar un análisis comparativo entre las teorías antes mencionadas se consideró emplear la teoría de Marjory Gordon, ya que cada patrón es una expresión de integración psicosocial; los patrones funcionales, de acuerdo con estos planteamientos, están influidos por factores biológicos, culturales, sociales y espirituales. Con la enfermedad pueden aparecer patrones de salud disfuncionales, aunque también

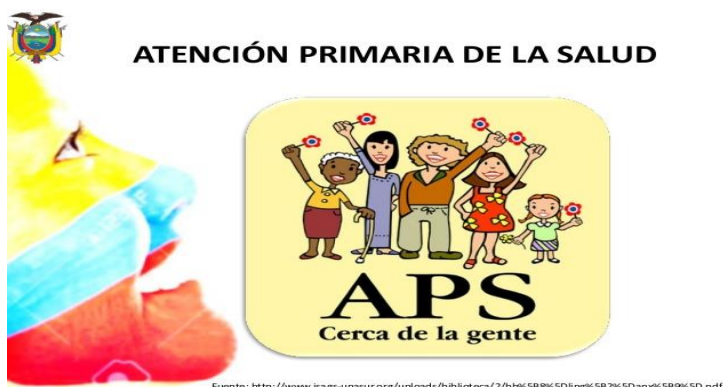
pueden conducir a ella. (Martínez-López, Pérez-Constantino, & Montelongo-Meneses, 2013)

La evolución histórica de la enfermería tuvo importantes aportes por las figuras intelectuales descritas anteriormente, existiendo una interrelación de teorías y modelos que han permitido estudiar la integridad de la salud de las personas, la forma de valoración, diagnóstico, tratamiento y evaluación del individuo, la familia y la comunidad, tiene definitivamente carácter holístico, reconociendo que las mismas están en constante interacción con el entorno.

Ecuador a través de la historia también ha trazado políticas de salud dirigidas al trabajo comunitario, historia que ha marcado sus huellas en la vida de los profesionales de la salud ecuatorianos, destacándose el trabajo de enfermería en el cumplimiento de los diferentes programas, planificados con el fin de proteger la salud de la población mediante acciones dirigidas a la promoción de salud y prevención de enfermedades, estableciendo como prioridad el diálogo directo con las comunidades, comunidades que por los diagnósticos de salud realizados necesitan cada vez más la presencia de profesionales especializados en cuestiones de salud propiamente dichas, incluyendo los problemas sociales que hoy las afecta.

Para ello desde el punto de vista epidemiológico, el país está experimentando un giro de las causas de mortalidad hacia los problemas crónicos degenerativos, la emergencia de las entidades infecciosas y la presencia de riesgos que favorecen el incremento de las lesiones accidentales, intencionales, los trastornos mentales, emocionales, y los vinculados al deterioro ambiental (Ministerio de Salud Pública, 2013), problemáticas que en la actualidad continúan afectando a la población, a pesar de los programas ya establecidos en el país, para ello se trabaja en aras de renovar la Atención Primaria de Salud partiendo de las debilidades existentes con el objetivo de contribuir a las exigencias de la OMS con respecto a este tema, buscando mejores soluciones que vayan en beneficio de la población ecuatoriana en cuestiones de salud.

2.2. Modelo de Atención Integral de Salud



Afiche publicitario del proceso de socialización del MAIS 1.

Desde el inicio de las actividades democráticas en la República del Ecuador en el año 1979 en el salón principal del congreso nacional se establecieron las estrategias para que el país tuviera un sistema de salud eficiente que permitiera a sus habitantes proteger preservar y recuperar la salud, a propósito de la firma del país en la declaración del alma ata en el año 1978 (Organization, 1978) cuyo apartado VII reconoce que los aspectos de la salud van más allá de un sistema eficiente, sino que requieren el complemento del área educativa, infraestructura, presupuestaria y de un sistema nacional de planificación para lograr las metas.

Los cambios de políticas públicas en función del criterio de los gobiernos de turno hizo que se propongan múltiples programas y estrategias para llegar a cumplir los objetivos del alma ATA, a criterio de los especialistas propuestas buenas o malas no estaban sujetas a evaluación y salvo el programa de vacunación tampoco tenían continuidad. Toda la dinámica descrita llevó a un círculo continuo que en el año 2008 por cambios en la carta magna reformó el sistema nacional de salud por mandato popular donde se solicitaba crear las políticas necesarias para reformar el sistema de salud. La construcción de un nuevo modelo de atención no centrado en enfermedad o la curación de patologías, sino en las personas, sus familias, sus comunidades y sus necesidades de salud, con una perspectiva de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación. (Ecuador M. d., 2012)

A propósito del modelo de atención integral es fundamental destacar que la Atención primaria en salud requiere de políticas públicas para poder ser ejecutadas, más allá de tener un excelente modelo de atención estructurado y en

ejecución, si no se engrane con las otras áreas de interés ciudadano como la educación, la infraestructura, la planificación, los resultados no serán los proyectados.

En los contextos que afectan directamente a la salud la planificación del país ha jugado importante en la articulación de la salud y las demás áreas de interés público, es así que se estructuró el plan nacional del buen vivir 2009-2013 (2009, 2009) para determinar las prioridades del país en las distintas áreas, todo esto a la par con la reforma en la educación superior que también atañe a la salud mediante la aprobación de Ley Orgánica de Educación Superior (2012, 2012). Este proceso de reforma indicó la reestructuración de los contenidos impartidos a los estudiantes de las carreras de salud, quienes deben de rendir un examen de habilitación profesional que permite ejercer en el país y tributa a la acreditación de cada una de las carreras de salud.

Así, con todo la plataforma política pública y con criterio de la privada se estructuró el Modelo de Atención Integral en salud del país, para esto se elaboró un informe previo de a situación del país, el mismo que denotaba las necesidades urgentes del sistema nacional, plasmadas en el plan estratégico del msp 2009 - 2013, las principales estrategias eran:

A. Priorización de la Atención Primaria de la Salud, organizando actividades en un sistema de atención planificado, programado y evaluado, que enfatice aquellas acciones preventivas que contribuyan al mejoramiento y protección de la salud, promoviendo la adopción de políticas favorables a la salud en ambientes de trabajo y la implementación de programas preventivos de salud ocupacional.

B. Focalización y reorientación de los servicios hacia la promoción en salud a cargo de equipos de salud integrales y responsables por la calidad, efectividad, oportunidad y eficiencia. Movilizar recursos comunitarios e institucionales para el manejo intersectorial de los factores protectores de la salud y prevenir los factores de riesgo y sus determinantes.

C. Implementación de estándares para la provisión de servicios de salud con difusión y socialización del nuevo modelo de atención en salud. (Ecuador M. d., 2009)

Para la elaboración del modelo de atención se dispuso se realice un levantamiento de información sobre la situación en el proceso de implementación del modelo. Esta investigación revisa los documentos existentes y realiza una recolección de datos y opiniones de informantes clave en las áreas de varias provincias.

El primer problema identificado fue la pérdida del concepto de Atención Primaria en Salud APS como estrategia del modelo, si bien en los documentos está explícito, en la aplicación se reemplaza las líneas de dirección por el instrumento de recolección de datos. A esta insuficiencia se une un débil programa de formación y monitoreo en terreno. Los equipos básicos se concentran en levantar las fichas familiares como encuestas médico sociales, añadido a la atención de demanda espontánea o atención extramural de morbilidad.

La evaluación de la gestión toma en cuenta solamente el número de formularios llenos y las atenciones realizadas, no hay ninguna manera de reportar las actividades educativas, promocionales o preventivas de realizarse. Frente a los indicadores de desempeño que evalúan la actividad curativa intramural y el número de fichas los equipos básicos pierden su horizonte de acción. (Alberto, 2010)

Como ya ha sido expresado la APS no puede ejecutarse sin que los otros aspectos del bienestar del individuo sean tomados en cuenta, en ese momento el país tuvo bonanza económica debido a que el principal producto de exportación, el petróleo estaba siendo cotizado a altos valores.

Se emitieron decretos de emergencia que viabilizaron recursos a partir del año 2008 para que las áreas de salud educación e infraestructura estatal que permitieron ejecutar el modelo de atención propuesto. Además durante el proceso se realizaron varios decretos que permitieron poner en ejecución políticas públicas que permitieran la sostenibilidad del MAIS.

Por mandato constitucional, el Ministerio de Salud Pública (MSP) decretó la gratuidad de los servicios de salud para todos los usuarios de su red de prestación incrementó la demanda por servicios generado por la gratuidad y la situación de abandono en la que se encontraba la infraestructura pública de salud desde hacía más de 40 años, se planteó la urgente necesidad de modificar los criterios de

despliegue territorial de los establecimientos de salud y de mejorar la infraestructura sanitaria disponible. Con este fin se implementó una metodología de planificación territorial apoyada por la Secretaría de Planificación y Desarrollo SENPLADES basada en la cantidad de población existente en cada unidad geográfica y en la distancia ideal a la cual deberían situarse los centros de salud para permitir un acceso adecuado y expedito. Se definieron tipologías de establecimientos con una capacidad de resolución y una cartera de servicios diferenciada para el primer, segundo y tercer nivel de atención; se construyeron estándares para el licenciamiento de dichos establecimientos; se revisaron y adecuaron los modelos de gestión, los manuales de puestos y los diseños para la construcción y adcentamiento de obras; se adquirió equipamiento y se contrataron recursos humanos de acuerdo a la cantidad de nuevos establecimientos definida por la planificación territorial. Se construyeron, repararon y pusieron en marcha 47 hospitales y 74 centros de salud de primer nivel, permitiendo absorber un incremento de más de 300% en la demanda por servicios de salud, con una inversión total de US\$ 16 208 millones entre el 2007 y el 2016 (Pública, Rendición de cuentas 2016, 2016) y una inversión promedio anual cinco veces superior al periodo 2000–2006. (Pública, Rendición de cuentas 2016, 2016)

El aumento en las prestaciones de salud se dio también en el ámbito de la seguridad social, el IESS Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS se aumentó la cobertura de salud para los hijos de los afiliados hasta los 18 años lo que incrementó la demanda en los establecimientos de salud, ésta institución también aumento personal e infraestructura.

A la par las universidades empezaron un proceso de reestructuración curricular que permite engranar el MAIS con la formación universitaria con el cambio en la perspectiva de la salud del modelo curativo en salud puesto en práctica durante mucho tiempo pasamos a las políticas de Prevención de enfermedades y de educación para la salud, una de la estrategias del MAIS.

Se inició la formación de médicos familiares en las universidades del país los mismos que actualmente se encuentran distribuidos en las principales unidades

operativas del MSP quienes forman los EBAS (Equipos Básicos de Atención en Salud) juntos a enfermeros y promotores de salud, en el área urbana y rural.

Otro de los aspectos de la atención integral tiene relación con la atención a grupos vulnerables, se fomentó la creación de la misión Manuela Espejo que le dio énfasis a la atención integral a los pacientes con discapacidad, otra población que ha recibido mayor atención son las nacionalidades indígenas pueblos afroamericanos y demás.

La creación de dos agencias reguladoras, una para los productos de uso y consumo humano (ARCSA) y la otra para la calidad de los prestadores y aseguradores de salud (ACCESS), así como la extensa normativa sanitaria emitida para todo el sistema de salud por el Viceministerio de Gobernanza –tales como guías de práctica clínica, reglamentos e instructivos–, permitió la consolidación del marco regulatorio en un sector previamente caracterizado por la desregulación. En este ámbito destaca el Reglamento Sanitario del Etiquetado de Alimentos Procesados para el Consumo Humano (“semáforo de alimentos”) (Pública, Reglamento Sanitario del Etiquetado de Alimentos Procesados para el Consumo Humano, 2013), cuya promulgación convirtió a Ecuador en país líder en la emisión de este tipo de normativa en la Región de las Américas, constituyéndose en uno de los ejes del posicionamiento del país en la agenda de salud global en el periodo 2011–2015.

Los procesos llevados a cabo para mejorar la APS en la población han obedecido a análisis técnicos de la realidad encontrada, la iniciativa de etiquetado de alimentos fue fruto de la ENSANUT Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (Pública, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2013).actualmente hay muchos más aspectos de la salud que se han normatizado y que poco a poco se pondrán en ejecución.

Así el país mira hacia un ejercicio del servicio en salud integral inclusivo y sostenible en congruencia con la planificación del país y el mandato constitucional involucrando a las instituciones de educación superior a los ministerios del país, los GADs (gobiernos autónomos descentralizados) y todas las instituciones nacionales e internacionales que aporten a mejorar la salud de la población.

La forma en la que se realiza la organización de las atenciones a los pacientes se ejemplifica en el grafico detallado a continuación cuya fuente es el mismo MSP, tomado de las capacitaciones realizadas al personal de salud.



2.3. Enfermedades prevalentes en Ecuador y alternativas para su seguimiento y control.

El Ecuador es un país que aún no termina de resolver el problema de las enfermedades infecciosas prevenibles mediante esquemas de vacunación, tamizaje de enfermedades al nacer, control de vectores que transmiten enfermedades graves y además aún se encuentra en la lista de países que tienen casos de enfermedades olvidadas por los países con más recursos y que además las farmacéuticas no están interesadas en desarrollar sustancias para contrarrestarlas.

Junto a lo descrito actualmente también encabezan las principales causas de muerte en el país las enfermedades crónicas no transmisibles encontrándose entre

las diez principales, lo descrito es el resultado de procesos patológicos que inician antes como por ejemplo la obesidad que en el país ha aumentado su incidencias según las cifras de ENSANUT. (Pública, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2013).

La diabetes mellitus 2, la hipertensión arterial HTA y las enfermedades cerebrovasculares EVC son además de enfermedades crónicas no transmisibles incapacitantes, las principales causas de muerte en el país como lo muestra el grafico a continuación.



A pesar de los problemas de salud la expectativa de vida también ha aumentado y con ello las enfermedades crónicas no transmisibles las mismas que a pesar de los esfuerzos realizados a nivel mundial siguen aumentando su incidencia y cobrando muchas vidas cada año con la carga de discapacidad que traen en el caso por ejemplo de la diabetes mellitus cuyos pacientes en algunos casos deben amputarse extremidades por complicaciones vasculares.

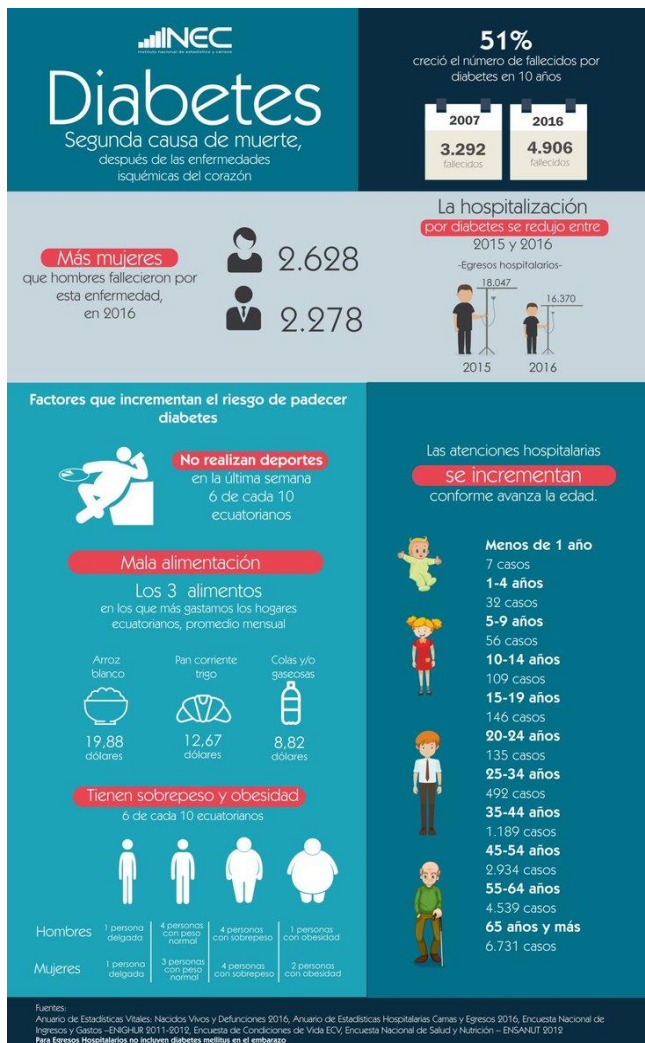
En este contexto se han establecido estrategias para disminuir los casos con programas estatales tanto en MSP como en el IESS. Los pacientes diabéticos por ejemplo suelen tener un club de diabéticos que maneja de manera integral a los pacientes afectados por esta enfermedad.

En el caso de esta enfermedad las muertes son mayores en el género femenino con 51%.

Existen guías clínicas para el manejo de la enfermedad elaboradas por especialistas en la materia que se encuentran institucionalizadas en el MSP. (Pública, Guía de practica clinica diabetes mellitus dos, 2017).

El MAIS en la medida de los cambios de las pirámides poblacionales deberá irse adaptando para lograr la cobertura de atención requerida, actualmente las enfermedades crónicas no transmisibles son las que seguramente aumentarán y deberán crearse equipos multidisciplinarios que cubran las necesidades de este grupo de pacientes en aumento.

Las instituciones de educación superior también han dado su aporte a los procesos de control y tratamiento de enfermedad crónicas no transmisibles como la diabetes, han propuesto un modelo de atención alternativo para pacientes diabéticos e hipertensos. (Zambrano Robert, 2017)



La atención a personas con problemas crónicos constituirá uno de los retos más importantes que habrá de afrontar el sistema de salud en los próximos años. Se está ante un escenario que exige dar respuesta a estos nuevos retos pero también «de manera diferente». No se trata sólo de aportar soluciones específicas para diferentes grupos de pacientes sino de trabajar y abordar las situaciones de manera distinta. Difícilmente una sola organización o un solo grupo profesional pueden dar una respuesta «mágica» y «universal» a estas nuevas situaciones. El abordaje debe ser diferente, multidisciplinario y subsidiario, exige escenarios donde cada organización y profesional haga lo que le toca hacer pero también de manera cooperativa, en un modelo organizativo distinto del actual. La situación actual en nuestro país no es la misma que hace 10 o 20 años. Algunas variables en el entorno han cambiado

La construcción de escenarios de atención integrada para pacientes crónicos requiere diferentes acciones. La literatura médica ya ofrece experiencias y evidencias para pensar en un nuevo modelo. Se requiere que la atención proactiva para pacientes crónicos pase a ser una prioridad en la agenda de las políticas de salud de las consejerías y ministerios. La creación de este nuevo escenario exige una mayor cooperación y el coliderazgo de los profesionales asistenciales entre ellos y con los gestores, combinando una estrategia de arriba abajo (top-down) que aporte una visión clara desde las consejerías a las organizaciones y profesionales y de abajo a arriba (bottom-up) que aprenda y se construya a partir de experiencias locales de innovación y buena práctica.

Actividad de trabajo autónomo 1

Al realizar la lectura del capítulo y sus referencias bibliográficas, responda las siguientes interrogantes.

1.- Descargue el video en el link a continuación (documental sicko Michael More) modelos de atención en salud en el mundo.

2.-Descargue y lea el MAIS vigente en el país para hacer las tareas a continuación.
http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf

<https://www.youtube.com/watch?v=WVRRu4cpVYs>

- ✓ Realizar un análisis de cuatro puntos que le parecieron más importantes en los sistemas de salud descritos en el video. (en comparación a la estructura del MAIS)
- ✓ Cuál de los sistemas de salud le parece el mejor de los descritos en SICKO
- ✓ Comparar el sistema de salud cubano con el nuestro (a que atribuye usted que algunos países de américa latina soliciten asesoría a Cuba.)
- ✓ Comparar el sistema de salud de EEUU con el nuestro.

3.-Mediante un organizador gráfico identifique cinco diferencias entre el modelo de atención en salud de hace 20 años con el sistema actual después de instaurar el MAIS.

4.-Según el comportamiento epidemiológico del país que enfermedades deben de tener especial atención en el MAIS, ¿Por qué?

5.- ¿Qué aspectos considera que se debería de tomar en cuenta a la hora de organizar un equipo multidisciplinario de atención a pacientes crónicos?

6.-Tomando en cuenta el flujo migratorio de inmigrantes al país, que adaptaciones cree usted que debería de realizar el MAIS, mencione cuatro.

2.4. Atención Primaria de Salud Renovada

La Atención Primaria de Salud es un sistema sanitario que ha demostrado desde su implantación, hace más de 25 años, su pertinencia para la atención y control en cuestiones de salud de una población determinada, y brinda cuidados tanto al hombre sano (y es aquí donde debe jugar su papel principal), como al hombre enfermo, con la participación y apoyo de los gobiernos imperantes en cada país, y organizaciones mundiales que socializan experiencias y/o aprueban leyes, protocolos, resoluciones y otros documentos comprendidos en su jurisdicción.

Por tanto, sigue siendo la promoción de salud y la prevención de enfermedades los pilares fundamentales de este pedestal sanitario, preceptos que no pueden desligarse de la formación de profesionales en cualquiera de las especialidades relacionadas con la rama de la salud, destacando que la salud debe ser (siempre que sea posible), tratada en las instituciones de Atención Primaria u otros centros de salud destinados a estas actividades, pues es el entorno, el trabajo, y el hogar, de cada uno de los habitantes de este planeta, lugar ideal para comenzar a brindar cuidados y atención a los usuarios en cuestiones de salud.

Un sistema sanitario basado en la Atención Primaria de Salud orienta sus estructuras y funciones hacia los valores de la equidad y la solidaridad social, y el derecho de todo ser humano a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr sin distinción de raza, religión, ideología política, condición económica, y social (OPS/OMS, 2013), quiere decir que incluye a todos los seres humanos que habitan en el planeta, y para ello no es necesario ningún requisito adicional, solo la voluntad del hombre libre de prejuicios y bien identificado con los roles que juega en la sociedad.

Los principios que se requieren para mantener un sistema de esta naturaleza son la capacidad para responder equitativa y eficientemente a las necesidades sanitarias de los ciudadanos, incluida la capacidad de vigilar el avance para el mejoramiento y la renovación continua; la responsabilidad y obligación de los gobiernos de rendir cuentas; la sostenibilidad; la participación; la orientación hacia las normas más elevadas de calidad, seguridad; y la puesta en práctica de intervenciones intersectoriales. (OPS/OMS, 2013)

En la Región de las Américas se han logrado avances importantes en salud y en el desarrollo humano en los últimos 25 años. Por ejemplo, la mortalidad infantil se ha reducido casi una tercera parte, la mortalidad por todas las causas ha disminuido en 25%, la esperanza de vida ha aumentado 6 años en promedio y la mortalidad perinatal se ha reducido en 35% (Macinko J, 2007), sin embargo aún no se ha cumplido ni un tercio de las metas trazadas, pues para lograr este objetivo deben disminuir los indicadores de maltrato físico, drogadicción, mal nutrición infantil, embarazo en la adolescencia, y otros problemas de salud que hoy están afectando de manera directa al mundo relacionado con las enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgos.

A pesar de que los programas establecidos y dirigidos a la Atención Primaria de Salud se han venido desarrollando desde hace varias décadas, todavía existen algunas debilidades, y para ello se han realizado diferentes estudios en este ámbito que han demostrado las incongruencias existentes en la prestación de estos servicios, incongruencias que en la totalidad de los casos han constatado de cierto modo que aún existen barreras que no permiten la satisfacción plena de las necesidades y/o problemas de salud de los usuarios, situación preocupante para todos aquellos que de una forma u otra, forman parte del sistema, y peor aún para los clientes que sufren de este mal.

El análisis de los factores determinantes de la salud y de su influencia en el desarrollo humano revela que la salud debe ser parte de cualquier programa de desarrollo (Macinko, 2007); por tanto es necesario señalar que la Atención Primaria necesita de cambios que vayan más allá de las fórmulas ya existentes en este campo, dirigidas a la salud y diseñadas hace más de 25 años, partiendo de las debilidades existentes, y de las necesidades sentidas y sufridas por los usuarios,

recordando que todos y cada uno de los profesionales que por una razón u otra se desempeñan o desempeñarán en las instituciones de salud, deben formarse con una visión amplia de las futuras actividades que lo distinguirán como expertos en medicina, pero con punto de partida comunitario, independientemente de su ubicación laboral y especialización futura.

La Atención Primaria de Salud (APS) renovada es entonces aquella que sea capaz de cambiar las condiciones de salud hoy existentes, y por ende de transformar los estilos de vida de la población, utilizando la investigación como herramienta indispensable para dirigir acciones o estrategias pertinentes que resuelvan los problemas que aún existen, enfrentando los desafíos epidemiológicos que son cada vez más crecientes, aplicando nuevas prácticas, promoviendo la equidad, y mostrando resultados palpables de cambios en este sentido.

Hasta el año 2015 era el plazo para cumplir los objetivos de desarrollo del milenio que estableció lograr 8 objetivos, cinco de los cuales tienen relación directa con la salud: erradicar la pobreza y el hambre, reducir la mortalidad de la niñez, mejorar la salud materna, combatir el VIH/SIDA y la tuberculosis, y garantizar la sostenibilidad del ambiente (décadas, Organización Panamericana de la Salud., 2016), sin embargo no se han cumplido estas metas con los resultados que se pensaban exhibir, de aquí parte la reorientación de los servicios de salud, y específicamente los relacionados con la Atención Primaria de Salud.

Es necesario entonces para este reordenamiento tener en cuenta los estudios y resultados que muestra la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y otras instancias que rectoran a nivel internacional este pertinente sistema; las experiencias vividas por la comunidad internacional sirven de guía para enriquecer las acciones de salud en un entorno determinado. La APS puede ser adaptada a los distintos contextos políticos, sociales y culturales, así como a los cambios demográficos, sociales y epidemiológicos (Organización Panamericana de la Salud, 2008), siempre y cuándo se planifiquen, se realicen y se controlen las actividades de salud encaminadas a estos fines, teniendo presente que las enfermedades aparecen y se proliferan muchas veces en contra de la voluntad del ser humano, por tanto debe ser obligatoria la atención al hombre que padece de ellas, independientemente de su

rango social, allí radica la necesidad del cambio en las directrices de este campo, partiendo de las funciones sustanciales de la salud pública, funciones establecidas desde la implementación de este sistema, relacionadas con los componentes organizacionales y funcionales que permiten organizar las políticas, los programas y los servicios. (Organización Panamericana de la Salud, 2008)

2.4.1. Cimientos para renovar la APS (Macinko, 2007)

Para renovar la APS debemos construir sobre los cimientos del legado de Alma Ata y del movimiento de Atención Primaria de Salud, aprovechar las lecciones aprendidas y las buenas prácticas acumuladas a lo largo de más de un cuarto de siglo de experiencias, y reinterpretar y modernizar el enfoque y la práctica de la APS para afrontar los desafíos del siglo XXI.

En los 25 años que nos han precedido, la región de las Américas ha experimentado grandes progresos; sin embargo, las brechas de inequidad en salud, cada vez más amplias, y los Sistemas de Salud persistentemente sobrecargados amenazan los logros obtenidos y ponen en peligro las posibilidades de progreso futuro hacia una mejor salud y desarrollo humano

Fuente: Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, julio 2005.

2.4.2. Condiciones estructurales para la renovación de la Atención Primaria de Salud (Macinko, 2007).

Los sistemas sanitarios que se basan en la Atención Primaria de Salud requieren la ejecución de políticas apropiadas y marcos institucionales legales y estables, y una organización simplificada y eficaz del sector sanitario que velen por que su funcionamiento y administración sean eficaces, de modo que puedan responder rápidamente frente a los desastres, las epidemias u otras situaciones de emergencia relacionadas con la atención sanitaria, incluidas las que se presentan en las épocas de cambios políticos, económicos o sociales, considerando para ello los siguientes elementos:

La garantía de la sostenibilidad financiera

- ✓ Los estados deben llevar a cabo las actividades necesarias para trabajar hacia el logro de financiamiento sostenible de los sistemas de salud, apoyar el proceso de renovación de la atención primaria de salud, promover una respuesta adecuada frente a las necesidades sanitarias de la población, con el apoyo de los organismos internacionales de cooperación.

La investigación y el desarrollo y la tecnología apropiada

La investigación en materia de sistemas sanitarios, la vigilancia y evaluación continuas, el intercambio de las prácticas óptimas y el desarrollo de tecnología son componentes fundamentales de una estrategia para renovar y fortalecer la atención primaria de salud.

El fortalecimiento de las redes y asociaciones de cooperación internacional para apoyar la atención primaria de salud

Para apoyar la atención primaria de salud, la OPS/OMS y otros organismos internacionales de cooperación pueden contribuir al intercambio del conocimiento científico, al establecimiento de prácticas basadas en datos científicos, a la movilización de recursos y a mejorar la armonización de la cooperación internacional en temas de APS, como el compromiso de dar respuesta a las necesidades de salud de la población, la orientación a la calidad, la responsabilidad y la rendición de cuentas de los gobiernos, la justicia social, la sostenibilidad, y la intersectorialidad.

Valores, principios y elementos esenciales en un sistema de salud basado en la Atención Primaria de Salud (Formación de los Recursos Humanos en la Atención Primaria de Salud y la transformación de los servicios, 2013)



A. Valores:

Los valores son esenciales para establecer las prioridades nacionales y para evaluar si los pactos sociales responden o no a las necesidades y expectativas de la población. Proveen una base legal para las políticas y los programas que se formulan en nombre del interés público.

Derecho de salud:

El derecho de salud y otros derechos están unidos a la equidad y a su vez reflejan y ayudan a reforzar la solidaridad social. La equidad en materia de salud se refiere a la ausencia de diferencias injustas en el estado de salud, en el acceso a la atención de salud y a los ambientes saludables, y en el trato que se recibe en el sistema de salud y en otros servicios sociales.

Solidaridad:

La solidaridad es el grado en que los miembros de una sociedad trabajan conjuntamente para definir y conseguir un bien común. La solidaridad social es uno de los medios por los cuales la acción colectiva puede superar problemas comunes; los sistemas de salud y seguridad social son mecanismos mediante los cuales puede expresarse la solidaridad entre los individuos de distintas clases y generaciones.

B. Principios:

Los sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud se fundamentan en principios que proporcionan la base para las políticas de salud, la legislación, los criterios de evaluación, la generación y la asignación de recursos, y la operación del sistema de salud.

Los servicios de salud hacia la calidad son aquellos que además de responder a las necesidades de la población tiene la capacidad de anticiparse a ella y de tratar a todas las personas con dignidad y respeto, al tiempo que aseguran la mejor intervención para sus problemas de salud, evitando cualquier daño. Cumplir con este requisito requiere dotar a los profesionales de la salud de conocimientos clínicos fundamentados en evidencia y de los instrumentos necesarios para su actualización continua.

La responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos asegura que los derechos sociales se garanticen y apliquen, y que los ciudadanos estén protegidos ante cualquier perjuicio. La redición de cuentas requiere de políticas reguladoras y de procedimientos legales y específicos que permitan a los ciudadanos hacer exigibles sus derechos en caso de que no se respeten.

La sostenibilidad del sistema de salud exige planificación estratégica y compromiso a largo plazo. Un sistema de salud basado en APS debería considerarse como el vehículo para invertir en la salud de la población, al tiempo que se planifica la estrategia para combatir los desafíos de la salud del mañana. El compromiso político es esencial para garantizar la sostenibilidad económica; está previsto que los sistemas de salud basados en APS establezcan mecanismos que aseguren el financiamiento adecuado aún en tiempo de inestabilidad social o cambios políticos.

La participación convierte a los individuos en socios activos en la toma de decisiones sobre la asignación y el uso de los recursos, en la definición de prioridades y en la garantía de rendición de cuentas a título individual, las personas deben ser capaces de tomar decisiones de forma libre y han de estar plenamente informadas en lo que respecta a su salud, y la de sus familias, con espíritu de autodeterminación y confianza.

La intersectorialidad en materia de salud significa que el sector de la salud debe trabajar con diferentes sectores y actores para velar que las políticas públicas se alineen con el fin de maximizar su potencial contribución a la salud y al desarrollo humano. El principio de intersectorialidad se hace posible con la creación y el mantenimiento de vínculos entre el sector público y privado, tanto fuera como dentro de los servicios de salud.

C. Elementos

Los sistemas de salud basados en APS están conformados por elementos estructurales y funcionales, requiriendo la acción concurrente de alguna de sus funciones principales, como la financiación, la rectoría y la provisión de servicios de salud. La cobertura y el acceso universal son el fundamento de un sistema de salud equitativo.

La cobertura universal implica que los mecanismos de financiación y de organización son suficientes para cubrir a toda la población, al eliminar la capacidad de pago como barrera al acceso de los servicios de salud y al proteger a los ciudadanos del riesgo financiero, proporcionándoles a la vez apoyo adicional de forma equitativa y llevar a cabo actividades de promoción de la salud.

La accesibilidad implica la ausencia de barreras a la atención de salud, ya sean de tipo geográfico, sociocultural, de organización o de género. De esta forma, un sistema de salud basado en APS debe racionalizar la ubicación, el funcionamiento y el financiamiento de todos los servicios en cada uno de los niveles de atención.

Por consiguiente, exige el enfoque intercultural y de género en la provisión de servicios de salud, determinando el uso real de los servicios, e incluyendo la satisfacción de las personas con los servicios prestados, su nivel de confianza con los proveedores, y el grado real de comprensión y seguimiento de las indicaciones médicas recibidas.

El primer contacto de salud se refiere que la Atención Primaria de Salud debe ser la puerta principal de entrada al sistema de salud para la consulta de los problemas de salud y el lugar donde se resuelvan la mayoría de ellos. Mediante esta función la Atención Primaria refuerza la base de los sistemas de salud basados en APS, representando en la mayoría de los casos, el principal punto de contacto entre la población y los sistemas de servicios sociales y de salud.

La integralidad es una función de todo sistema de salud e incluye la prevención, la atención primaria, secundaria, terciaria y paliativa. La atención integrada es completamente de integralidad porque exige la coordinación entre todas las partes del sistema para garantizar la satisfacción de las necesidades de salud y su atención a lo largo del tiempo, a través de todos los niveles y lugares de atención sin interrupción.

La orientación familiar y comunitaria supone que un sistema de salud basado en APS no descansa exclusivamente en una perspectiva individual o clínica. Por el contrario, emplea la perspectiva de salud pública al hacer uso de la información

familiar y comunitaria para identificar riesgos y decidir el orden de prioridad de las intervenciones.

El cuidado apropiado implica que toda la atención prestada se basa en la mejor evidencia disponible y que las prioridades respecto a la asignación de los recursos se establecen según criterios de eficiencia (de distribución y técnica) y de equidad. Los servicios deben ser pertinentes; para ellos es preciso que se ajusten a las necesidades comunes de toda la población, al tiempo que atienden necesidades específicas de determinados grupos de población, como las mujeres, los ancianos, los discapacitados, las poblaciones indígenas, o poblaciones de ascendencia africana.

Un sistema de salud basado en APS requiere un marco político, legal e institucional sólido que identifique y respalde las acciones, los actores, los procedimientos, y los sistemas legales y financieros que permita que la Atención Primaria de Salud desempeñe sus funciones específicas, para transformar las estructuras sociales, sectores económicos, y prácticas de organización y gestión óptima que permitan la innovación para mejorar la atención de forma segura que cumpla con las normas de calidad.

Los recursos adecuados y sostenibles deben responder a las necesidades de salud de la población en cuanto a instalaciones, equipamientos, suministros médicos, y personal, así como los presupuestos necesarios para prestar atención preventiva y curativa con calidad e integralidad. (slideshare, s.f.).

La propuesta de Atención Primaria de Salud Renovada presenta una distinta perspectiva para el desarrollo de los sistemas de salud. Además de declarar vigentes los valores de: derecho al mayor nivel de salud posible, la equidad y la solidaridad, los principios de justicia social, sostenibilidad, intersectorialidad, entre otros, propone adecuar la estrategia al contexto y a los compromisos actuales principalmente los derivados de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y abordar los determinantes sociales de la salud para alcanzar el nivel más alto de salud. (OPS/OMS, 2012)

2.4.3. Renovación de la Atención Primaria de Salud. Consecuencias para los servicios de salud:

POR QUÉ (Y PARA QUÉ) RENOVAR?

La finalidad del proceso de renovación de la APS es revitalizar la capacidad de los países para articular una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que les permita mejorar la equidad y afrontar los problemas de salud presentes y futuros.

Contar con un sistema de APS renovado se considera una condición esencial para poder alcanzar los compromisos de la Declaración del Milenio, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 8 de septiembre de 2000 (OPS/OMS, 2013), pues aborda las causas fundamentales de los problemas de salud y considera a la salud como un derecho humano. Para renovar la APS, es necesario rescatar el legado de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma Ata (Kazajstán, antigua Unión Soviética) en 1978.

Entre las razones que justifican la renovación de la APS están la aparición de nuevos desafíos epidemiológicos que esta debe afrontar, la necesidad de corregir las debilidades e inconsistencias presentes en algunos de los enfoques ampliamente divergentes de la APS, el desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos sobre mejores prácticas que puede asimilar la APS para ser más efectiva y el reconocimiento creciente de que la APS es una herramienta que fortalece la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades en salud.

Los servicios de salud juegan un papel clave en la materialización de muchos de los valores, principios y elementos centrales de un sistema de salud basado en la APS.

Así, por ejemplo, los servicios de atención primaria son fundamentales para garantizar el acceso equitativo de toda la población a los servicios básicos de salud y constituyen una puerta de entrada al sistema de atención de salud lo más cercana posible a los lugares donde la persona vive, trabaja o estudia. Este nivel del sistema provee atención integral e integrada para resolver la mayoría de las necesidades y demandas de atención de la población. Por su ubicación es el nivel

del sistema que desarrolla los más profundos lazos con la comunidad y el resto de sectores sociales, lo cual le permite desarrollar la acción intersectorial y la participación social de forma eficaz.

Así mismo, la APS desempeña un papel importante en la coordinación de la continuidad de la atención y del flujo de información a lo largo de todo el sistema de atención de salud. Pero los servicios de atención primaria por sí solos no son suficientes para responder adecuadamente a las necesidades de atención de salud más complejas de la población, por lo que deben ser apoyados y complementados por diferentes niveles de atención especializada, tanto ambulatorios como hospitalarios, así como por el resto de la red de protección social.

Por tal razón, los sistemas de atención de salud deben trabajar de forma integrada, coordinando la atención que brindan los otros servicios y desarrollando redes y sistemas de referencia y contrarreferencia.

La integración de los diferentes niveles de atención exige:

- Buenos sistemas de información que permitan planificar, gestionar y evaluar el desempeño.
- Mecanismos de financiación correctos que incentiven las buenas prácticas y aseguren la continuidad de la atención.
- Aplicar enfoques basados en los resultados científicos para el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación.

La propuesta de renovación abarca: completar la implantación de la APS en las localidades donde no ha tenido éxito, fortalecer la APS para afrontar nuevos desafíos y poner la APS dentro de la agenda de equidad y desarrollo.

Esto requerirá aprender de las experiencias y desarrollar una estrategia de promoción que articule las funciones y las responsabilidades de las organizaciones implicadas en el proceso de renovación en cada país. (Macinko J, 2007).

2.4.4. Los desafíos y metas en el desarrollo de los recursos humanos de salud:

Paralelamente a este proceso de renovación de la APS, y el Área de Sistemas y Servicios de Salud, a través de sus proyectos en recursos humanos, ha generado un proceso de debate y búsqueda de consensos sobre los grandes desafíos que en materia de recursos humanos de salud tienen los países de las Américas, que concluye con una propuesta de carácter regional con el “Llamado a la Acción de Toronto”, señalando que los países deberán formular los planes de acción para una década orientados a. (Organización Panamericana de la Salud, 2008):

- ✓ Definir políticas y planes para la adecuación de la fuerza de trabajo a los cambios previstos en los sistemas de salud y desarrollar la capacidad institucional para ponerlos en práctica y revisarlos periódicamente.
- ✓ Colocar las personas adecuadas en los lugares adecuados, consiguiendo una distribución equitativa de los profesionales de salud en las diferentes regiones y de acuerdo con diferentes necesidades de salud de la población.
- ✓ Regular los desplazamientos y migraciones de los trabajadores de salud de manera que permitan garantizar atención a la salud para toda la población.
- ✓ Generar relaciones laborales entre los trabajadores y las organizaciones de salud que promueva ambientes de trabajo saludables y permitan el compromiso con la misión institucional de garantizar buenos servicios de salud para toda la población.
- ✓ Crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas de servicios de salud para que sea posible adaptar la educación de los profesionales sanitarios a un modelo universal y equitativo de prestación de atención de buena calidad que satisfaga las necesidades de salud de toda la población.

Actividad de trabajo autónomo 2

1. Explicar por qué es necesaria la renovación de los servicios de salud en la Atención Primaria, destacando las causas que dieron origen a esta transformación.
2. Fundamentar el rol de los profesionales de la salud para contribuir a la Renovación de la Atención Primaria de Salud.

Bibliografía

- (s.f.). Recuperado el Enero de 2018, de slideshare:
<https://es.slideshare.net/elianitakmvv/atencion-primaria-de-salud-renovada>
- World Health Organization. (2016). Recuperado de
(http://www.who.int/topics/occupational_health/en/)
- 2009, M. d. (2009). *Plan Nacional del Buen Vivir*. Quito: Ministerio de Planificacccion y Desarrollo Ecuador 2009.
- 2012, A. n. (2012). Ley Orgànica de Educaciòn Superior. *Registro Oficial*. Quito.
- A, G. M., Martínez-López, Pérez-Constantino, M., & Montelongo-Meneses, P. P. (2013). *proceso de Atención de Enfermería a una lactante con neumonía basado en patrones funcionales*. México.
- A. Segur, I. L. (2003). *La profesio de salud publica y el debate de las competencias profesionales*. España: Gad Sanit.
- Alberto, N. (2010). *Situacion actual del proceso de implantaciòn del modelo de atenciòn integral en salud MAIS*. Miisterio de Salud Pùblica, Inteligencia de la salud Ministerio de Salud Publica, Quito.
- Altman, D. (1991). *Practical statistics for medical research*. . *Chapman & Hall*.
- Altman, D. (1991). Randomisation: potential for reducing bias. *BMJ*.
- Alwan, A., Olla, S., & Sameen, S. . (2016). Essential public health functions: the experience of the Eastern Mediterranean Region. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 22.
- Andaluz, D. S. (2008). *Guia de atencion Domiciliaria* . España: Distrito Sanitario Malaga.
- Armando, H. D. (1996). La extension universitaria y la integracion cultural. *Conferencia I encuentro latinoamericano*. Habana-Cuba.
- Arratia, A. (2005). *Investigacion y documentaciòn historica en enfermería*. Recuperado el 15 de septiembre de 2017, de www.academia.edu/24540723/investigacion_y_documentacion_historica_en-enfermeria: www.academia.edu
- Arratia, F. A. (2005). *Investigaciòn y documentaciòn històrica en Enfermería*. Santiago de Chile.
- Arribas A, G. S. (Enero de 2009). *Papel de la enfermeria en atencion primaria*. Recuperado el 17 de noviembre de 2017, de [www.index- f.com/las casass/documentos/lc034.pdf](http://www.index-f.com/las-casass/documentos/lc034.pdf): [www.index- f.com](http://www.index-f.com)
- Arribas Antonio Cacha, S. G. (Enero de 2009). *Papel de la enfermeria en atencion primaria. Salud Madrid*.
- Asamblea Constituyente. (2008). Constitución de la República del Ecuador. Ecuador.
- Asamblea Constituyente. (2008). Constitución de la República del Ecuador. *Capítulo Segundo, Art.32*. Ciudad Alfaro.
- Bonilla, M., Molina, J., & Morales, F. (14 de Mayo de 2006). *MAESTRIA EN GERENCIA Y LIDERAZGO EDUCATIVO*. Tesis de Maestria, UNIVERSIDAD FERMIN TORO, Barinas.

- Bortz, J., & Döring, N. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation*. Springer: Berlín, Heidelberg, Nueva York.
- Bortz, J., & Döring, N. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation*. . Spirnger: Berlín, Heidelberg, Nueva York.
- C, H. S. (2015). LA VINCULACIÓN CON LA SOCIEDAD, entre el Ser y el deber ser. *Rupturas*, 1.
- Cancio, C. (1998). *El desarrollo de la competencia comunicativa en escolares de septimo grado apartir del uso de diferentes codigos*. Recuperado el 15 de septiembre de 2017, de Repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/643/1/tesis de la Cruz valeria y Diana Gallegos.pdf: Repositorio.upse.edu.ec
- Centers for Disease Control and Prevention. (2017). Recuperado el 9 de Octubre de 2017, de CDC Health Literacy: <https://www.cdc.gov/healthliteracy/training/page1299.html>
- CEVALLOS, P. F. (1994). *Historia del Ecuador*. Guayaquil: (Publicaciones Educativas Ariel.
- Claudia, B., Servando, G., & Alejanro, O. (2005). Recuperado el 21 de Noviembre de 2017, de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-doc/indice_de_barthel.pdf: <http://www.sld.cu>
- Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. (2016). [website]. *Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016* (<http://www.euro.who.int/en/>. Recuperado el 9 de Octubre de 2017, de Health systems governance : <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-systems-governance/health-systems-governance>
- Córdova, E. V. (Año III de 1999). La participación comunitaria en salud. *Investigaciones Sociales*(3).
- Cortez, L. (2016). Recuperado el 18 de noviembre de 2017, de www.ual.es/editorial: www.ual.es
- CUEVA, A. (1973). *El Proceso de Dominación Política en el Ecuador*. Quito: Voluntad.
- décadas, Organización Panamericana de la Salud. (2016). *La equidad en la mira: La salud pública en Ecuador durante las últimas décadas*. Quito.
- DefiniciónMX. (8 de Mayo de 2017). *DefiniciónMX*. Obtenido de <https://definicion.mx/sobre/>
- Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire . (2017). *Ten Essential Public Health Services*. New Hampshire Department of Health and Human Services, New Hampshire .
- Donabedian A, B. R. (Agosto de 2003). Una introducción a la garantía de calidad en la atención médica . *Revista Internacional de Calidad en la Atención de la Salud*, 15(4).
- Ecuador, M. d. (2009). *Plan Estratégico MSP 2009-2013*. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Inteligencia de la Salud, Quito.
- Ecuador, M. d. (2012). *Modelo de Atención Integral en Salud*. (D. d. Salud, Ed.) Quito: Ecuador, Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

- Egas, A. (2013). *La evolución del gasto público en el sector salud en el Ecuador: Análisis de su contribución en el mejoramiento de la calidad del servicio otorgado. Período 2007-2012*. Quito.
- Ekos Negocios. (2012). Historia de la medicina en el Ecuador. *Ekos Negocios*.
- Enfermería Blog. (2014). Recuperado el 16 de Noviembre de 2017, de <http://enfermeriablog.com/niveles-de-actuacion-enfermera/>: <http://enfermeriablog.com>
- Enfermería y Educación. (2017). Recuperado el 14 de Octubre de 2017, de Teseopress: <https://www.teseopress.com/enfermeriayeducacion/chapter/capitulo-i-la-evolucion-de-la-enfermeria>
- enfermeria, B. (2014). Recuperado el 14 de Noviembre de 2017, de <http://enfermeriablog.com/niveles-de-actuacion-enfermera/>: <http://enfermeriablog.com>
- Enfermería, B. (2014). Recuperado el 16 de Noviembre de 2017, de <http://enfermeriablog.com/investigacion/>: <http://enfermeriablog.com/niveles-de-actuacion-enfermera/>
- Eng, J. (2003). Sample size estimation: how many individuals should be studied? . *Radiology*.
- Espinoza Uriostegui Adrian, M. I. (Enero de 2016). Miniguía de Modelo de Patrones Funcionales Marjory Gordon. *Enfermera.io, Vol1*.
- Espinoza, J. (1998). Recuperado el 16 de agosto de 2017, de <http://platea.pntic.mec.es/~jrui2/ast98/art40.htm>: <http://platea.pntic.mec.es>
- Estrella, R. (2013). *Breve Historia de la Medicina en Ecuador*. Quito: Pedro Jorge Vera.
- FLACSO. (2017). Recuperado el 24 de Noviembre de 2017, de Flacso-Andes: <http://www.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/55527.pdf>
- Fleiss, J. (1986). The design and analysis of clinical experiments. . *John Wiley & Sons*; .
- Formación de los Recursos Humanos en la Atención Primaria de Salud y la transformación de los servicios. (2013). *Simposio*, (pág. 82). Lima.
- Franco.Giraldo, A. (Septiembre de 2015). El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud. *Rev.Fac.Nacional de Salud Publica 2015, 33(3)*.
- Franco-Giraldo, A. (Septiembre de 2015). El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud. *Rev.Fac.Nacional de Salud Publica 2015, 33(3)*.
- Galindo, L. M. (1997). *Fundamentos de administración casos y prácticas* (Segunda ed.). México D. F: Trillas.
- Girbes, F., Juan, J., Jose, & E., & F, P. (enero de 2005). Enfermería en atención primaria :nuestra reponsabilidad con la población. *Admnistracion Sanitaria Española, 3*.
- Gispert, R., & Tresserras, R. (14 de 11 de 2016). *Aniorte nic-net*. Obtenido de http://www.aniorte-nic.net/apunt_polit_plan_3.htm
- Gordillo, L. (junio de 2014). Categorías de la conducta no verbal. *Iztacala, 17(2)*.

- Gordon, M. (2016). Recuperado el 16 de Noviembre de 2017, de Bitácora Enfermera: <http://bitacoraenfermera.org/marjory-gordon-nos-ha-dejado/>
- Gordón, M. (2016). *Mini Guía del Modelo de Patrones Funcionales*.
- Gordón, M. (2017). Recuperado el 14 de Noviembre de 2017, de Enfermería: <https://enfermeria.io/marjory-gordon/>
- Guzman, M. A. (2005). Enfermería en atención primaria. *Biblioteca las casas, 1*.
- Hamerly, M. (1842). *Historia Social y Económica de la Antigua Provincia de Guayaquil*. Publicaciones del Archivo Histórico.
- Heymann, D. (2008). NPHIs as focal points for leadership in prevention and control of infectious diseases. *Journal of Public Health Policy*(29).
- Iyer, T. (1989). *Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería* (Tercera ed.). (I. d. Mexico, Ed.) Mexico: McGraw-Hill.
- Lawn, J., Rohde, J., Rifkin, S., Were, M., Paul, V., & Chopra, M. (2008). Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise. *Lancet*.
- Machin, D., & Campbell, M. (2005). Design of studies for medical research. *Wiley*.
- Machin, D., Campbell, M., Fayers, P., & Pinol, A. (1987). Sample size tables for clinical studies. *Blackwell Science Ltd*.
- Macinko J, M. H. (2007). La Renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Panam Salud Pública, (2/3)*(73-84).
- Martínez, J. (2006). *Manual de higiene y medicina preventiva hospitalaria* (Primera ed.). Madrid, España: Díaz de Santos.
- MARTINS, D. I. (s/f). Recuperado el 30 de Septiembre de 2017, de Oocities.org: www.oocities.org/trabajocomunitario6/index/PLANIFICACION2.doc
- Martin-Zurro, A., & Jordan Solá, G. (2011). *Atención Familiar y Salud Comunitaria*. Barcelo, España: Fotolera,S.A.
- Massie, J. L. (1989). *Bases esenciales de la Administración*. México: Diana.
- Ministerio de Salud Pública . (2012). Recuperado el 3 de noviembre de 2017, de instituciones.msp.gob.ec/somossalud/documento/guia/Manual_MAIS-MSP1212.pdf: instituciones.msp.gob.ec
- Ministerio de Salud Pública. (2009). *Manual del Modelo de atención integral de salud. Familiar, comunitario e intercultural MAIS-FC*.
- Ministerio de Salud Pública. (2013). *Modelo Integral de Atención en Salud - MAIS*. Quito.
- Ministerio de salud Pública. (2013). *Proyecto de Tamizaje metabólico neonatal*. Quito.
- Ministerio de Salud Pública. (2014). *PASSE, Construyamos el Hábitat Familiar Saludable: Guía de implementación de Tecnologías Apropriadas, Ecuador*.
- Ministerio de Salud Pública. (2015). *Curso de Epidemiología en Acción. Módulo 3, Diseño de Programas de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades*.

- Ministerio de Salud Pública. (2016). Recuperado el 20 de Septiembre de 2017, de Ministerio de Salud Pública-Uruguay: <http://www.msp.gub.uy/noticia/planes-locales-de-salud>
- Ministerio de Salud Pública. (2016). *MAIS*. Quito.
- Ministerio de salud Pública. (2017). *Manual de procedimientos para la prevención y control de la tuberculosis*. Quito.
- Ministerio de salud pública. (2017). *Prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la tuberculosis*.
- Ministry of Health and Long-Term Care. (2017). *Standards for Public Health Programs and Services*. Population and Public Health Division, Ministry of Health and Long-Term Care, Ontario.
- Moher, D., Schulz, K., & Altman, D. (2001). The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomized trials. . *Ann Intern Med* .
- Mosquera, M. (2003). Recuperado el 17 de octubre de 2017, de <http://www.commimit.com/la/lasth/sld2915.html>: <http://www.commimit.com>
- MSP . (2010). *Norma Modelo de Atención Integral en Salud SEPSS*.
- MSP. (17 de Septiembre de 2002). <http://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/10/ley-sis-nac-salud.pdf>. Obtenido de <http://www.todaunavida.gob.ec/>
- MSP. (2014). Recuperado el 23 de Septiembre de 2017, de Ministerio de Salud Publica-Ecuador: [https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguimiento/730/an%C3%81lisis_situacional_integral_de_salud_final_\(3_09_14\).pdf](https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguimiento/730/an%C3%81lisis_situacional_integral_de_salud_final_(3_09_14).pdf)
- MSP. (2014). *INSTRUCTIVO PARA LA ELABORACION DEL*. Obtenido de [https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguimiento/730/an%C3%81lisis_situacional_integral_de_salud_final_\(3_09_14\).pdf](https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguimiento/730/an%C3%81lisis_situacional_integral_de_salud_final_(3_09_14).pdf)
- MSP. (2015). *Manual de Organización de las áreas de salud*.
- MSP. (s.f.). *MSP*. Recuperado el 26 de Septiembre de 2017, de Ministerio de Salud Pública : <http://www.salud.gob.ec/programas-del-ministerio-de-salud-publica/>
- MSP, OPS, & Unicef. (2005). *Manual de normas Técnico-Administrativas, Métodos y procedimientos de vacunación y vigilancia Epidemiológica del Programa Ampliado de Inmunización* . Quito : Nuevo Arte .
- North Carolina Public Health (NCPH) . (2016). Recuperado el 9 de Octubre de 2017, de About Us: Mission and Core Functions: <http://publichealth.nc.gov/mission.htm>
- OMS, OPS, & MSP. (2017). *Evaluación de la estrategia nacional de inmunización* . Quito .
- OPS/OMS. (2012). Recuperado el 22 de Noviembre de 2017, de Sistema de Salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategia para el desarrollo de los equipos de APS: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/Prescri%C3%A7%C3%A3o/ORGANIZA%C3%87%C3%83O%20PAN->

- OPS/OMS. (2013). Recuperado el 2018, de Atención Primaria en Salud:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=389&Itemid=40976&lang=es
- Organización Mundial de la Salud. (1997). *Declaración de Yakarta sobre la promoción de la Salud en el siglo XXI*. Recuperado el 3 de Noviembre de 2017, de www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/yakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf: www.who.int
- Ordaz, D., & Saldaña, G. (2006). *Eudmet.net*. Obtenido de <http://www.eumed.net/libros-gratis/2006b/voz/1a.htm>
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud. En O. P. Salud, *Serie la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. No. 2* (pág. 78). Washington D.C: ISBN 978 92 75 32938 2.
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS*. Washington, D.C: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2016). *La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador*.
- Organización Panamericana de la Salud. (2016). *La equidad en la mira: La salud pública en Ecuador durante las últimas décadas*.
- Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS. (2017). Los modelos de atención a la salud. En F. Sacoto, *La equidad en la mira: La salud pública en Ecuador durante las últimas décadas* (págs. 317-327).
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. (2017). *Renovación de la Atención primaria de salud*. OPM/OMS/ Washington D.C.
- Organization, P. A. (1978). *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Union de Repùblicas Socialistas Sovieticas.
- Oxford University. (2017). *Oxford University Press*. Recuperado el 27 de Septiembre de 2017, de <https://es.oxforddictionaries.com/definicion/politica>
- Paredes, V. (1963). *Historia de la Medicina en el Ecuador*. Quito: Casa de la Cultura Ecuatoriana.
- Pareja, A. (1974). *Historia de la República*. Guayaquil: Cromograf.
- Pedrero, M. B. (2015). *Administración de los servicios de enfermería* (Séptima ed.). (J. d. Fraga, Ed.) México: Mc Graw Hill.
- PEDRERO, M. D. (2015). *ADMINISTRACION DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA* (sexta ed.). (H. F. Aguilar, Ed.) MEXICO: Javier de Leòn Fragas.
- Pérez, J., & Gardey, A. (2012). Recuperado el 29 de Septiembre de 2017, de (<https://definicion.de/programa-de-salud/>)
- Perez, J., & Merino, M. (2009). *Definición*. Obtenido de <https://definicion.de/plan/>

- Pozo, J. S. (2018). *Comunitaria*. (<https://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/>, Ed.) Madrid: Ediciones Salud Pública y otras dudas.
- Pública, M. d. (2013). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Salud Pública, Quito.
- Pública, M. d. (2013). *Reglamento Sanitario del Etiquetado de Alimentos Procesados para el Consumo Humano*. Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Salud Pública, Quito.
- Pública, M. d. (2016). *Rendición de cuentas 2016*. Ministerio de Salud Pública, Planificación, Quito.
- Pública, M. d. (2017). *Guía de práctica clínica diabetes mellitus dos*. Quito: Ministerio de Salud Pública.
- Rezabal, J. (2015). Recuperado el 15 de agosto de 2017, de Runachayecuador.com/refcale/index.php/refcale/article/view/60: Runachayecuador.com
- Rodríguez, S. H. (2006). *Introducción a la Administración* (Cuarta ed.). (S. ...-H. EDITORES, Ed.) México, D.F.: MCGRAW-HILL/INTERAMERICANA.
- Röhrig, B., & Du Pre, J.-B. W. (2009). Types of Study in Medical Research. *Dtsch Arztebl Int*.
- Rothman, K., Greenland, S., & Lash, T. (2008). Modern Epidemiology. Types of epidemiologic studies. . *LIPPINCOTT Williams & Wilkins*; , 3rd Edition.
- Rothman, K., Greenland, S., & Lash, T. (2008). Modern Epidemiology. Types of epidemiologic studies: clinical trials. *LIPPINCOTT Williams & Wilkins*(3rd edition).
- (s/f). Recuperado el 23 de Septiembre de 2017, de Bantaba: http://www.bantaba.ehu.es/formarse/ficheros/view/Proyectos_de_salud.pdf?revision_id=65808&package_id=65709
- Samaniego, J. J. (1957). *Cronología Médica Ecuatoriana*. . Quito: Casa de la Cultura.
- Schäfer, H., Berger, J., & Biebler, K.-E. (1999). Empfehlungen für die Erstellung von Studienprotokollen (Studienplänen) für klinische Studien. . *Informatik, Biometrie und Epidemiologie in Medizin und Biologie*.
- Schumacher, M., & Schulgen, G. (2007). *Methodik klinischer Studien*. . Springer.
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES). (2013). Recuperado el 27 de Septiembre de 2017, de Buen Vivir Plan Nacional 2013-2017: <http://www.buenvivir.gob.ec>
- Segura, J. (6 de Septiembre de 2009). *Salud pública y algo más*. Recuperado el 2 de Octubre de 2017, de http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2009/09/06/124374#_ftnref1
- SEMPLADES. (2013). *Plan Nacional del Buen Vivir*. Quito.
- Serrano, A. t. (2012). Estandares de un sistema de garantía de la calidad en Salud. En A. t. Serrano, & E. d. U (Ed.), *Garantías de Calidad en Salud* (pág. 86). Bogota, Colombia: Editorial buena semilla.
- Sistema Nacional de Salud de España. (2013). Estrategia de APS. En C. Territorial. Madrid.

- Teseopress. (2017). Recuperado el Diciembre de 2017, de Enfermería y Educación: <https://www.teseopress.com/enfermeriayeducacion/chapter/capitulo-i-la-evolucion-de-la-enfermeria/>
- Toro L. (2015). *Importancia del trabajo en equipo en las organizaciones actuales*. Trabajo final, Universidad Nueva Granada, investigación de la Universidad Militar Nueva Granada, Bogota.
- Torres Esperón Maricela, C. D. (Agosto de 2005). Funciones de Enfermería en la atención primaria en Salud. *Scielo-Revista Cubana de Medicina general integral*, 21(3).
- Torres M, D. C. (Agosto de 2005). Funciones de Enfermería en la atención primaria en Salud. *Scielo-Revista Cubana de Medicina general integral*, 21(3).
- Triana, M. (2017). Recuperado el 15 de octubre de 2017, de <https://doi.org/10.1544c/av.enferm.v5n2.66941>: <https://doi.org>
- Universidad del Nordeste- Facultad de Medicina. (2013). Recuperado el 30 de Septiembre de 2017, de Universidad del Nordeste- Facultad de Medicina: https://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/aps/participacion_comunitaria.pdf
- Walsh, J., & Warren, K. (1979). Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. . *N Engl J Med.* (201).
- WHO. (2008). *World Health Report.* . Geneva .
- World Health Organization. (2000). *The world health report 2000: health systems: improving performance.* World Health Organization. Obtenido de World Health Organization: Geneva ;
- World Health Organization. (2006). *The World Health Report 2006 - Working together for health.* . Geneva: World Health Organization, Geneva. Obtenido de The World Health Report 2006 - Working together for health. Geneva: World Health Organization; 2006 (<http://www>).
- World Health Organization. (2008). *Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health.* World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization. (2008.). *Global Assessment of National Health Sector Emergency Preparedness and Response.* . World Health Organization. Obtenido de Global Assessment of National Health Sector Emergency Preparedness and Response. Geneva: World Health.
- World Health Organization. (2013). Recuperado el 9 de Octubre de 2017, de Health in all policies: <http://archive.is/20130704022147/www.healthpromotion2013.org/health-promotion/health-in-all-policies>
- World Health Organization. (2016). Recuperado el 9 de Octubre de 2017, de World Health Organization: <http://www.who.int/healthsystems/en/>
- World Health Organization. (2016). Recuperado el 9 de Octubre de 2017, de World Health Organization: (http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/en/

- World Health Organization. (2016). *Classifications of diseases* . World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization. (2016). *Health systems – health workforce*. World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization. (4 de Septiembre de 2017). *World Health Organization*.
Obtenido de <http://www.who.int/es/>
- World Health Organization. (1978). The Alma Ata Conference on Primary Health Care. . *WHO Chronicle*. (32).
- World Health Organization. (1986). Ottawa charter for health promotion. *Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique* .
- World Health Organization; . (2016). Recuperado el 9 de Octubre de 2017, de Risk factors : http://www.who.int/topics/risk_factors/en/
- World Health Organization; . (2016). Recuperado el 9 de Octubre de 2017, de Nutrition : <http://www.who.int/topics/nutrition/en/>
- World Health Organization;. (2016). Recuperado el 9 de Octubre de 2017, de Public health legislation: <http://www.who.int/topics/legislation/en/>
- Yagua, F. (2016). Recuperado el 31 de Enero de 2018, de Universidad de Falcón:
<http://files.franklin-yagua.webnode.com.ve/200000122-79dd47bd0d/Gu%C3%ADa%20de%20Estudio.%20La%20planificaci%C3%B3n.pdf>
- Zambrano Robert, S. M. (2017). *Modelo de atención alternativo para pacientes diabéticos e hipertensos*. Jipijapa: 3 ciencias.
- Zelen, M. (1974). The randomization and stratification of patients to clinical trials. *J Chronic Dis* .

Capítulo III

Programas de salud enfocados a la Enfermería

Autores:

Miryam Patricia Loor Vega, Mg.

Fátima Monserrate Figueroa Cañarte, Mg.

Lourdes Maribel Bello Carrasco, Mg.

Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí

Facultad de Enfermería

Lectura de reflexión

Para lograr una mejor interpretación de los contenidos del capítulo, recomendamos realizar una lectura pausada del siguiente texto.

No todo es celebración cuando nos queda mucha acción

El problema es que justo cuando se tiene el lema integrado (y se lo cree), se vuelve a la realidad del día a día donde se piensa, “nos queda mucho camino por delante”. Y se refuerza esta opinión cuando, en el mismo documento, justo al final, lee estas conclusiones (por favor, no deje de leer las conclusiones íntegramente):

*A menudo se describe la enfermería como un ‘gigante durmiente’ que debe ser despertado para alcanzar todo su potencial. Esta descripción quizá sea especialmente adecuada en relación con **la participación en la formulación de políticas de salud** en general y la financiación de la sanidad en particular. Los enfermeros se encuentran en el corazón de la prestación de asistencia sanitaria pero se ven marginadas a la hora de realizar su contribución a la elaboración de políticas y toma de decisiones en el ámbito de la salud...*

*Hay una creciente evidencia de que los enfermeros **obtienen resultados de salud** tan buenos o incluso mejores en toda una serie de entornos clínicos; por lo tanto, su participación en la formulación de políticas es fundamental. **Si se despertara la energía de los millones de enfermeros** que hay con el pleno apoyo de los gestores y encargados de formular políticas y con su plena participación en las políticas, los enfermeros serían una auténtica fuerza para el cambio dirigido a la transformación de los sistemas de salud. Si se sistematizaran e implementaran los ejemplos ofrecidos, los beneficios financieros serían enormes. Los servicios eficaces en los cuidados y eficaces en los costos serían una realidad universal.*

*Los enfermeros siguen prestando cuidados con capacidad de recuperación y versatilidad y, a menudo, **con pocos o ningún recurso o apoyo organizativo**. La enfermería también se describe como la ‘espinas dorsal de la prestación de atención de salud’. Sin embargo, parece que esta espina dorsal se está desmoronando a causa de la continua erosión y agotamiento de la energía. En este sentido cabe destacar la drástica reducción de la presencia de la enfermería en la sede central de la OMS (CIE*

2013b). Sin embargo, la Asamblea Mundial de la Salud, el órgano de decisión supremo de la OMS, ha reconocido repetidamente que los enfermeros son fundamentales en la elaboración de políticas sanitarias de calidad y en la implementación de intervenciones eficaces en el ámbito de la salud. **La creciente ausencia de la voz de enfermería** en los Ministerios de Sanidad y en la OMS requiere ahora más atención que nunca.

...Con sistemas de salud rediseñados y la plena participación de los enfermeros en la formulación de las políticas, es posible transformar el paisaje de la atención sanitaria para mejorar el acceso a los cuidados, la seguridad del paciente y la calidad de los cuidados para todos.

Tomado de <https://www.cuidando.es/enfermera-abre-los-ojos/>

Objetivos de aprendizaje

Al término del estudio del tercer capítulo, los estudiantes estarán en condiciones de:

- a. Desarrollar un plan local de salud.
- b. Diseñar y evaluar una planificación estratégica y operativa según los lineamientos del Ministerio de Salud Pública.
- c. Ejecutar las estrategias para la aplicación de los programas del Ministerio de Salud Pública.

Metodología

El presente capítulo, constituye el referente teórico metodológico sobre el enfoque del cuidado a la salud que se lleva a cabo en la República del Ecuador, se recogen las principales acciones del Ministerio de Salud Pública (MSP) en función de resolver la problemática que a nivel nacional presenta la población en temas de Atención primaria en salud. En este sentido, el estudiante conocerá las conceptualizaciones y características del plan, programa y estrategia de salud.

Al finalizar de cada epígrafe el estudiante encontrará interrogantes que le van a permitir reflexionar y llegar a la concreción de cómo debe elaborar un plan local de salud, cómo diseñar y evaluar una planificación estratégica y operativa según los lineamientos del Ministerio de Salud Pública y cómo ejecutar las estrategias para la aplicación de los programas del MSP.

Los contenidos del capítulo están planificados y estructurados para ser desarrollados en cuatro semanas del periodo académico, donde se le brindan orientaciones precisas al estudiante para el desarrollo de actividades autónomas, que puedan consolidar los contenidos recibidos en clases.

Estas actividades presentan un enfoque de integración, destacando la sistematización de conocimientos a partir de la integración de la docencia, investigación y vinculación.

Evaluación inicial diagnóstica

Responder a las siguientes interrogantes:

1. ¿Qué entiende por plan de salud?

2. ¿Qué es para usted un programa?

3. ¿A qué se denomina programa de salud?

4. ¿Por qué es importante la administración en el sector salud?

5. ¿Cuál es la prioridad de las estrategias de salud?

3. Plan

Plan se define como un conjunto de diferentes actividades que se planifican y la manera en que se van a ejecutar para lograr un objetivo determinado de acuerdo al proyectado. (Ordaz & Saldaña, 2006)

Por otro lado, Pérez y Merino señalan que es un propósito el cual debe ser ordenado y planificado antes de ejecutar una acción, cuyo fin es dirigir una actividad humana hacia una dirección preestablecida. (Perez & Merino, 2009)

Un plan es un conjunto de actividades planificadas de manera sistémica que acogen los problemas de la población para brindar soluciones mediante diferentes acciones, establecer metas, asumir responsabilidades, con énfasis en estrategias realistas; así como en brindar la posibilidad de evaluar los resultados y objetivos alcanzados.

Entonces se puede decir que un plan es un conjunto de actividades encaminadas a dar solución a los problemas para poder satisfacer las necesidades de una población determinada, el plan debe contener objetivos, metas y estrategias para buscar las alternativas en beneficio de la comunidad.

3.1. Plan local de salud

3.1.1. Definición

En materia de salud pública, se debe realizar el diseño y elaboración de planes de salud con el objetivo de mejorar la calidad de atención a la ciudadanía en los diferentes niveles cabe recalcar que estos planes también son elaborados en el sector privado, en donde cada usuario puede acceder al mismo de acuerdo a sus posibilidades económicas. El gobierno debe garantizar atención de salud a los diferentes grupos vulnerables en promoción, prevención, curación y rehabilitación estas acciones no solo brindan un incremento en la calidad de vida sino también disminuye el riesgo de epidemias, aumenta la expectativa de vida y fomento de la salud reproductiva y sexual entre otros. (DefiniciónMX, 2017)

Los Planes Locales de Salud (PLS) permiten construir las demandas en Salud de una forma pensada, acorde a las necesidades de los pacientes. Incluyen análisis y priorización de problemas permitiendo que los ciudadanos se apropien de su

salud, hagan ejercicio de sus derechos y participen de las definiciones políticas de los problemas a través de una mirada integral e integradora de los mismos. (Ministerio de Salud Pública, 2016)

El plan local de salud es una herramienta técnica, que tomando en cuenta la perspectiva de la población, los actores sociales y los equipos de atención integral de salud; permite formular, de forma participativa una suerte de hoja de ruta, que da respuesta y se plantea soluciones viables a los problemas de salud que se han identificado en el contexto del Diagnóstico Situacional (DS). La priorización del plan responde a los principales problemas sociales que impactan la salud y la calidad de vida de la población. El PLS contendrá la planificación en relación con la priorización de los problemas identificados con la población. El alcance del mismo dependerá de la problemática a resolver o de la magnitud de esta.

El plan debe ser bien dimensionado (de acuerdo a las posibilidades reales de soluciones en lo local), contar con el apoyo y los recursos necesarios para que el mismo se concrete. Los PLS deben construirse o dar continuidad al proceso de manera permanente en la medida que se cierra un problema y se atiende uno nuevo o de diferente prioridad. El proceso continúa hasta alcanzar las comunidades y distritos del Buen Vivir. (MSP, 2014)

Considerando las aportaciones de los autores citados podemos decir que el PLS permite la integración de varias instituciones tales como (UPC, FAE, CIBV, escuelas, colegios, cuerpo de bomberos, comité, cooperativas, entre otros) las mismas que en conjunto expondrán sus ideas que permitirán priorizar las necesidades de mayor a menor afectación, por lo cual una vez identificadas se pondrán en una matriz que nos permita fijar fechas, logística, responsables y actividades para dar solución a las mismas, este puede realizarse y monitorearse de forma trimestral, semestral o anual, para verificación del cumplimiento y garantizar los resultados.

3.1.2. Formulación del plan local de salud

El Plan Local de Salud es una herramienta técnica que tomando en cuenta la perspectiva de la población, los actores sociales y los equipos de atención integral de salud, permite formular participativamente una suerte de hoja de ruta que da respuesta y se plantea

soluciones viables a los problemas de salud que se han identificado en el contexto del DS. La priorización responde a los principales problemas -sociales- que impactan la salud y la calidad de vida de la población. El PLS contendrá la planificación en relación con la priorización de los problemas identificados con la población. (MSP, 2014)

Se puede decir que es una herramienta de visualización de posible resolución de problemas dentro de la comunidad que nos permitirá trabajar con instituciones como MSP, GAD y actores sociales. A corto largo o mediano plazo. Para esto se deben seguir los siguientes pasos.

Los pasos para la formulación del PLS

La convocatoria a los miembros del Comité local de salud (CLS) por parte de la secretaría del Comité con la agenda establecida para el desarrollo del PLS. Revisión de los datos del DS y especialmente de los problemas y prioridades identificados. Verificación del mapa de actores y de quienes intervienen directa o indirectamente en el problema identificado y en la solución Elaboración del PLS en base a los siguientes pasos.

- ✓ La definición clara y concisa del problema y de lo que se quiere transformar.
- ✓ La descripción del problema que motiva la realización del plan.
- ✓ Un argumento corto y consistente de justificación basado en datos o información concreta que proporciona el DS, en relación con el problema que requiere la intervención.
- ✓ La definición de un objetivo general de intervención.
- ✓ La definición de objetivo (s) específico (s) de la intervención.
- ✓ Las líneas de acción.
- ✓ Los criterios rectores que guían el plan.
- ✓ Los elementos operativos del plan (matriz).

A su vez, estos elementos pueden constituirse en una especie de índice del documento llamado PLS y que es con el que se va a gestionar las acciones. Los elementos operativos básicos del PLS pueden resumirse en la siguiente matriz:

Problema -Eje temático del plan	Solución (¿Qué vamos a hacer?)	¿Con quiénes? (actores e instituciones)	Actividades	Recursos	Tiempos	Respuestas
---------------------------------	--------------------------------	---	-------------	----------	---------	------------

Fuente: (MSP, INSTRUCTIVO PARA LA ELABORACION DEL, 2014)

Características del plan local de salud

- ✓ Analiza las necesidades de salud y servicios de la población
- ✓ Define y diseña el modelo de las prestaciones de servicios.
- ✓ Propone área prioritaria de actuación en el ámbito de la promoción, prevención, asistencia y rehabilitación.
- ✓ Explica objetivos generales en salud para un periodo determinado.
- ✓ Proponen medidas que garanticen la equidad en el acceso a los recursos sanitarios.
- ✓ Desarrolla estrategias de coordinación entre niveles.
- ✓ Define estándares de calidad en la atención.
- ✓ Diseña planes de actuación para conseguir los objetivos.
- ✓ Propone estrategias para implantación.
- ✓ Asigna financiamiento para su desarrollo.
- ✓ Define estrategias para evaluación de los objetivos. (Martin-Zurro & Jordan Solá , 2011, pág. 181)

3.1.3. Desarrollo del plan local de Salud

La puesta en marcha de un plan de salud contempla aspectos de organización, distribución y gestión de recursos, así como el desarrollo de líneas de actuación que determinen tareas y responsabilidades para conseguir los objetivos propuestos, esto implica el diseño de planificación de dos niveles. (Martin-Zurro & Jordan Solá , 2011, pág. 181)

3.2. Planificación estratégica

La planificación estratégica se encarga de trasladar las políticas de salud a un plan de ordenación de servicios, partiendo de la realidad asistencial previa; desarrolla la estructura del sistema asignado de los recursos en función de criterios demográficos, geográficos, económicos y de distribución de recurso, teniendo en cuenta las necesidades futuras. Esta ordenación se plasma habitualmente en un mapa sanitario que establece la distribución territorial, la cobertura y la estructura de funcionamiento de los diferentes servicios, tanto asistenciales (atención primaria, hospitalarias, urgente, atención domiciliaria y salud mental), socio

sanitarios (cuidados intermedios cuidados intermedios, asistencia a pacientes dependientes, equipos de cuidados paliativos).

En un sistema descentralizado como el español, el mapa sanitario, desde el punto de vista administrativo consiste en el desarrollo y la adecuación de los servicios de las necesidades con criterios de equidad, evitando duplicaciones ineficientes tienen como estructura fundamental el Área de la Salud, definida como una estructura responsable de la gestión, que centraliza los recursos administrativos y se encarga de la ejecución de las funciones esenciales del Área de la Salud son las siguientes:

- 1.-Propone los objetivos de salud.
- 2.-Gestiona los recursos económicos y asistenciales.
- 3.-Desarrollar una cartera de Servicios que dé respuestas los objetivos propuestos en el Plan de Salud.
- 4.-Presta apoyo a la organización de distintos servicios.
- 5.-Coordinar la relación entre los diferentes niveles y profesionales de la salud de forma que se garantice la continuidad asistencial y la eficiencia.
- 6.- Evaluar los resultados en salud.

Cada área de salud dispone de direcciones o gerencias que gestionan los diferentes ámbitos asistenciales. En España, el número de gerencias depende de la organización de cada comunidad autónoma; las dos básicas son: las gerencias de atención primaria, los servicios de urgencias extra hospitalarios, y las direcciones de atención especializadas, que gestionan los centros de especialidades, hospitales y urgencias hospitalarias. El principal problema de este tipo de organización lo representa la coordinación entre los diferentes niveles de atención. Existiendo problemas en la definición de competencias y dificultades en la comunidad asistencial; en un intento de superar estos problemas, algunas Comunidades Autónomas han instaurado gerencias unificadas que gestionan todos los servicios del Área de Salud. Una propuesta basada en el desarrollo de la atención primaria se puede encontrar en el informe de la OMS sobre la salud en el mundo del año 2008:

“La atención Primaria de salud más necesaria que nunca”. (Martin-Zurro & Jordan Solá , 2011, p. 181)

3.3. Planificación operativa

El desarrollo de la estructura del sistema sanitario requiere una planificación operativa que ordene el funcionamiento de los servicios para dar respuesta a las demandas de salud de forma global equitativas y eficientes. Precisa de planes de acción que organicen los niveles de atención, la cartera de servicios de los diferentes ámbitos o niveles y definan su capacidad de resolución, los distintos profesionales que los componen, así como su perfil competencial y coordinación. Se han desarrollado diversos modelos organizativos para adaptarse a esta situación.

El más ampliamente utilizado es el basado en conceptos de integración de servicios, definido como un conjunto de servicios coherentes, coordinados, planificados, gestionados y realizados por un conjunto de organizaciones y profesionales que cooperan con los pacientes y los cuidadores como un medio de mejorar la accesibilidad, calidad, satisfacción del usuario y su eficiencia . Sus ejes centrales son: la atención centrada en los pacientes, la coordinación entre proveedores y niveles de atención, de forma que se presta una atención continuada en el tiempo y orientada a los resultados. (Martin-Zurro & Jordan Solá , 2011, pág. 182)

3.4. Evaluación

La evaluación es una parte integral del diseño y desarrollo de un plan de salud y de cualquier programa o intervención. Este plan consiste en una valoración sistémica y objetiva, tanto de la estructura, como del diseño, implementación, resultado y coste, de forma que ayude a identificar problemas, valorar la eficiencia de las intervenciones y sirva de apoyo en la toma de decisiones.

La evaluación supone establecer un juicio de valor, para lo cual se requiere disponer de un punto de referencia, que implica el conocimiento de la situación previa, la formulación explícita de objetivos de mejora y; la disponibilidad de

registros que permitan analizar, interpretar y fundamentar conclusiones. Debe realizarse con rigurosidad científica y contestar a las siguientes preguntas:

- ✓ ¿La estructura y los recursos son los adecuados?
- ✓ ¿El programa responde a una necesidad?
- ✓ ¿Está apropiadamente diseñado?
- ✓ ¿Se están implementando las actividades de forma adecuada?
- ✓ ¿Se están obteniendo los resultados deseados? ¿Hay efectos colaterales no esperados?
- ✓ ¿Tiene un coste-efectivo y sostenible?

La respuesta a estas preguntas requiere una valoración objetiva en tres áreas: estructura, proceso y resultados; cuando además se añaden diferentes estándares y se tiene en cuenta la satisfacción de los usuarios, estaría formando parte de un proceso de valoración de la calidad. (Donabedian, 2003)

La Evaluación de la estructura se refiere a la disponibilidad, organización y funcionalidad de los servicios, mide parámetros como la adecuación de la estructura física, elementos técnicos, recursos disponibles o accesibilidad. Es un criterio facilitador que se evalúa mediante una auditoría y su objetivo es detectar problemas que dificulten el desarrollo.

La evaluación del proceso, o área formativa, se refiere al desempeño del programa, es decir, al grado de cumplimiento de las actividades y su adecuación.

La evaluación de resultados, o valoración sumativa, tiene un doble objetivo. Por una parte el de valorar el impacto en salud midiendo el grado de consecución de los objetivos en salud que se han marcado; y por otra, la eficiencia en relación con el consumo de recursos.

Una pregunta de controvertida respuesta es la de quién debe realizar la evaluación. Puede efectuarse de dos formas: *a)* mediante una valoración interna. Llevada a cabo por los responsables que ejecutan los programas; tienen la ventaja de que al conocer mejor su desarrollo, puede detectar los problemas y realizar propuestas de mejora, y el inconveniente de que al no ser observadores imparciales se pueden producir sesgos; *b)* mediante una valoración externa, cuya principal ventaja es que la llevan a cabo observadores independiente, habitualmente profesionales con

experiencia en la evaluación y, por tanto, tienen una mayor objetividad. La respuesta más adecuada parece una combinación de ambas: probablemente una evaluación interna tiene mayor rendimiento en la evaluación del proceso y la externa en la de resultados. (Martin-Zurro & Jordan Solá , 2011, pág. 183)

3.4.1 Evaluación operativa

La evaluación operativa se centra en la valoración del proceso, es decir, en el desarrollo práctico de las actividades. En el diseño de un programa de salud se definen dos tipos de objetivos: uno referido al impacto en la salud y otro a su funcionamiento. Estos últimos, conocidos como objetivos o indicadores de procesos, se centran en el desarrollo de las actividades. Su finalidad es medir la calidad del desarrollo del programa. Estos no valoran resultados directos en salud, aunque se asume que su cumplimiento ayuda a su consecución.

Los objetivos de procesos se definen como porcentajes de cumplimiento a conseguir en un plazo determinado de tiempo (generalmente un año). Las áreas de valoración son: cobertura, cumplimiento de las actividades, adecuación de estas y accesibilidad.

La *cobertura* tiene dos componentes: la *detección*, que valora las actividades diseñadas para aumentar el número de pacientes conocidos y se formula como el número de pacientes incluidos o detectados en relación con el número de los esperados, y el *rendimiento*, que se calcula como el total de pacientes incluidos en la actividades del programa en relación con los conocidos.

Los indicadores de *cumplimiento* valoran la calidad del desarrollo de los programas la cual se mide a través del registro de las actividades de control, tratamiento, prevención y educación (p.ej., porcentaje de pacientes diabéticos a los que se les ha realizado una exploración del fondo de ojo para la detección precoz de retinopatía diabética).

La *adecuación* se refiere a la calidad técnica de las actuaciones desarrolladas, es decir, si cumplen los requisitos con los que han sido diseñadas.

La *accesibilidad* mide el grado de seguimiento de los programas valorados mediante el porcentaje de abandonos. (Martin-Zurro & Jordan Solá , 2011, pág. 184)

3.4.2. Evaluación de resultados

El objetivo de una actividad o programa es la consecución de resultados que supongan una mejora en la situación de salud.

La evaluación de los resultados es, por tanto, de importancia capital y tiene dos componentes: por un lado, la comparación de los objetivos formulados con los resultados obtenidos y, por otro, la valoración de su eficiencia.

La formulación de un objetivo en salud requiere el conocimiento previo del problema y una propuesta de mejora cuantificable a conseguir en un periodo de tiempo determinado (p.ej., la disminución de la nefropatía diabética en un 20% en un período de 5 años). La propuesta de objetivos debe ser realista en dos sentidos: alcanzables y evaluables con los registros disponibles.

El principal problema cuando se realiza una evaluación de objetivos en salud, sobre todo a nivel de poblaciones pequeñas como las atendidas por un equipo de atención primaria, es la dificultad y coste que supone poder apreciar resultados con trascendencia en salud (p.ej, la disminución de complicaciones o de la mortalidad). El tiempo de evaluación y la dificultad de obtener registros adecuados puede ser tan largo y costoso que resulte poco operativa su medida. Por este motivo, muchas veces los objetivos en salud se formulan como objetivos intermedios (p ej. porcentaje de pacientes con presión arterial bien controlada o con un perfil lípido o una hemoglobina glucosilada dentro de un rango), dado a que existen evidencias de que la consecución de objetivos intermedios mejora los resultados en salud. Por otra parte, existen resultados intermedios con trascendencia en salud, por ejemplo, la disminución de ingresos hospitalarios, que son más fáciles de evaluar. (Martin-Zurro & Jordan Solá , 2011, p. 185)

Actividad de trabajo autónomo 1

Elaborar un plan local de salud con relación al tema “Desnutrición en los niños de 0-5 años”. La zona a analizar queda a criterio del docente.

3.5. Programas de salud

Un programa es una planificación o proyección ordenada de las distintas partes, actividades o acciones que componen algo que se va a realizar. Según lo citado por Julián Pérez Porto y Ana Gardey un programa de salud es un conjunto de acciones implementadas por un gobierno con el objetivo de mejorar las condiciones sanitarias de la población (Pérez & Gardey, 2012). De esta forma, las autoridades promueven campañas de prevención y garantizan el acceso inclusivo y masivo a los centros de atención en todas las zonas de un determinado territorio



ya sean estas urbanas o rurales, y a las personas en cada uno de los ciclos de vida sin ningún tipo de discriminación. Un programa de salud consta regularmente de diversas partes:

Introducción en la cual se incluyen los antecedentes y la misión que cumplirá el programa; el **diagnóstico** de la situación actual, que puede incluir una síntesis de

planes similares que se hayan desarrollado con anterioridad; el **plan** (con la programación de actividades o cronograma) y, en ocasiones, también se detallan las **conclusiones** respecto a los resultados que se espera conseguir. Por lo tanto, el programa de salud es un instrumento para operacionalizar las políticas de salud a través de la planeación, ejecución y evaluación de las acciones de promoción, prevención, tratamiento y recuperación de la salud.

Entre los objetivos fundamentales del lanzamiento de un programa de salud se encuentran la **prevención** de todo tipo de enfermedades y el **eficaz desempeño de los profesionales** en las respectivas áreas de salud.

Existen distintos tipos de programas de salud. Por ejemplo, según el área geográfica de aplicación, un programa de salud puede ser **nacional, provincial o local** (Pérez & Gardey, 2012), también pueden estar destinados a satisfacer las necesidades de un campo específico de la salud.

3.5.1. Administración en los servicios de salud

Uno de los grandes desafíos en la actualidad corresponde a la calidad de dirigentes en el sector salud, la eficiencia, eficacia, responsabilidad y calidad son indispensables en la prestación y administración de servicios sanitarios. En cada país independientemente de su grado de desarrollo es imperioso el deseo de satisfacer las necesidades de su población aprovechando los recursos que tienen a su disposición aunque en determinados casos estos tienden a ser limitados, por ello, la administración eficiente de los sistemas de salud juega un papel preponderante y vital en la consecución de resultados óptimos en la prestación de servicios.

En 1970, José A. Fernández Arena, mencionaba que la administración es una ciencia social que persigue la satisfacción de objetivos institucionales por medio de una estructura y a través del esfuerzo humano coordinado. Años más tarde, en 1989 **Joseph L. Massie** (Massie, 1989), señalaba que la administración es el método por el cual un grupo de cooperación dirige sus acciones hacia metas comunes e implica técnicas mediante las cuales un grupo principal de personas (los gerentes) coordinan las actividades de otras.

La administración es un acto de coordinación humana (individual y grupal) para alcanzar objetivos. El ser humano requirió mayor y mejor coordinación con los demás cuando comenzó a vivir en comunidades y, en consecuencia, socializar, para lo cual se vio en la necesidad de mejorar sus habilidades administrativas al momento de realizar una tarea en conjunto, como cazar, mover una roca o recolectar alimentos. Hoy en día, es la disciplina que estudia los procesos productivos con el fin de generar la mayor eficiencia y eficacia del trabajo humano posibles para obtener los mejores beneficios en relación con los recursos disponibles: financieros, tecnológicos y humanos. (Rodríguez, 2006)

El **objeto de estudio** de la administración se centra en las organizaciones; por lo tanto, es adaptable a una gran variedad de estas, empresas e instituciones privadas y públicas, organismos estatales. Por ejemplo: iglesias; universidades; gobiernos y organismos municipales, provinciales, nacionales inclusive en los hogares de cualquier clase social.

En relación al sector salud se aplica en centros, hospitales, entidades públicas y privadas, la administración (en salud o sanitaria) es la ciencia social y técnica relacionada con la planificación, organización, dirección y control de las empresas del sector salud, medio ambiente, recursos naturales, saneamiento básico urbano y rural, innovación tecnológica, mediante la optimización de recursos financieros, tecnológicos y humanos. (Martínez, 2006)

La formación de un administrador en salud presupone que este se ponga en función de las necesidades de dicho sector, debe tener capacidad académica, autonomía, valores y visión acorde con la empresa que dirija para optimizar sus recursos materiales, económicos, humanos, tecnológicos y el conocimiento.

Los profesionales de la administración en salud laboran principalmente en las áreas gerenciales y directivas de las instituciones vinculadas al citado campo. El mayor rango de un administrador en salud equivale al de un gerente general, dentro de una empresa del sector salud.

Los administradores en salud se especializan en la administración de áreas funcionales de empresas de salud; tales como operaciones, marketing de servicios de salud, finanzas y costos en salud, logística de medicamentos e insumos, gestión

del talento humano, gestión de la calidad, gestión de camas hospitalarias, gestión de riesgos y seguros en salud. Otros tipos de especializaciones son aplicadas a los tipos de establecimientos de salud que se administra, tales como administración de clínicas y administración de hospitales.

3.5.2. Etapas del programa de salud

3.5.2.1. Planificación

Para Harold Kantz y Cyril O'Donnel la planificación es "decidir en forma anticipada qué hacer, cómo hacerlo, cuándo hacerlo y quién lo hace". Mientras que, en 1996 Stoner sostenía que era "el proceso de establecer metas y elegir medios para alcanzar dichas metas". Por su parte, Jiménez en 1982 asevera que: "la planificación es un proceso de toma de decisiones para alcanzar un futuro deseado, teniendo en cuenta la situación actual y los factores internos y externos que pueden influir en el logro de los objetivos".

Otros autores señalan:

La planificación "es un proceso básico del cual nos podemos servir para definir sistemáticamente los objetivos por alcanzar, determinar la manera de conseguirlos y preparar decisiones y acciones futuras". (Yagua, 2016)

"Es un camino a seguir que tiene su base en el análisis de un problema determinado el orden, la secuencia de las actividades y programando el tiempo necesario para la solución de dicho problema". (Pedrero, 2015)

Molina, Morales y Bonilla (Bonilla, Molina, & Morales, 2006) concluyeron en 2006 que "la planificación es un proceso para la toma de decisiones que nos lleva a prever el futuro de cualquier organización, usando los recursos necesarios tanto humanos como materiales para el logro de los objetivos que se desean alcanzar de una manera más eficiente y económicamente posible".

Con las definiciones anteriores se concluye entonces que la planificación es un proceso en el que se determinan las acciones que a futuro nos permitan alcanzar

eficientemente los objetivos que previamente han sido planteados y con la utilización adecuada y suficiente de recursos, la misma que no debe estar sujeta a precipitaciones y que se ve enmarcada en cuatro aspectos principales; el qué hacer, cómo y cuándo hacerlo y el quién lo hace.

En la planificación de un programa de salud según la Dra. Isabel Martins (MARTINS., s/f) es fundamental iniciar dando respuestas específicas a los problemas y las necesidades identificadas y sentidas por la población. Así, un buen programa se empieza por un diagnóstico de la situación de salud, utilizando las estrategias y técnicas para la identificación y valoración (análisis y evaluación) de problemas, necesidades y recursos de la comunidad o grupo de población beneficiaria del programa.

Este mismo autor destaca además que en este primer paso es fundamental definir los objetivos y la meta final a alcanzar con el programa, de manera factible y realista, y luego establecer a nivel de ejecución las actividades que garanticen el logro de los objetivos y, por ende, la meta final. De la misma forma la citada autora, afirma que los objetivos y la meta son los criterios básicos para determinar logros, avances, éxitos o fracasos de un programa. Estos objetivos y metas deben ser específicos y medibles en término de tiempo, espacio y características.

3.5.2.2. Ejecución

Oxford Dictionaries (Oxford University, 2017) define a la ejecución como la “realización de una acción, especialmente en cumplimiento de un proyecto, un encargo o una orden”.

María Senes, Pasante Pan American Health Organization señala que en el 2014, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), junto con la OMS y la Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud (AHPSR), implementaron una iniciativa para facilitar mejoras en la ejecución de los programas de salud a través de investigaciones sobre la ejecución de los mismos (IPIER, por sus siglas en inglés). El objetivo de esta iniciativa era fortalecer la ejecución de programas de salud, incorporando la investigación acerca de su ejecución, integrados en los procesos existentes en América Latina y el Caribe.

En la etapa de ejecución se desarrolla el trabajo en sí, es el momento de la puesta en marcha de lo planificado, es la parte visible del programa. Por lo tanto, debe ser estrictamente vigilada, enfatizando la comunicación para tomar decisiones lo más rápido posible en caso de que surjan problemas. La comunicación es un factor importante ya que es imprescindible que todos los involucrados conozcan los avances, retrasos u obstáculos que se van presentando.

Generalmente, "informar" incluye la preparación completa y la presentación de informes sobre las actividades, siendo necesaria la organización regular de reuniones con todos los participantes, en las que se discuta, regularmente, el progreso del proyecto y se determinen las prioridades para las siguientes semanas.

3.5.2.3. Evaluación

La etapa de evaluación de los programas de salud es referida por varios autores a nivel internacional, particularmente como medida para comprobar características tales como: eficacia, efectividad, utilidad, eficiencia, seguridad así como el costo-beneficio de una nueva o mejorada tecnología de servicio de salud, así como el impacto que llevan implícito en la calidad de los servicios, la satisfacción y el bienestar de los usuarios, cada vez mejor informados, que demandan mejores resultados. La evaluación trata de determinar la pertinencia de los objetivos y su grado de realización, la eficiencia en cuanto al desarrollo, eficacia, impacto y viabilidad.

La etapa de evaluación de programas de salud consiste fundamentalmente en contrastar las actividades programadas, así como el nivel de cumplimiento, con énfasis en lo que el evaluador, por lo general el coordinador del programa, considera fueron los logros del programa y enumerando las dificultades que se tuvieron para no alcanzar las metas previstas. Javier Segura del Pozo (Pozo, 2018), médico salubrista en 2009 mencionaba que en la evaluación de un programa sanitario se deben considerar cinco aspectos importantes: quién, cómo, qué, cuándo y para qué.

¿Quién realiza la evaluación?

Se refiere a los encargados de realizar el proceso evaluativo del programa, en este sentido, son una especie de jueces que medirán cualitativa o cuantitativamente la consecución de los objetivos, desde panorámicas y aspectos distintos. Dentro de estos aspectos se valoran: utilización y aprovechamiento de recursos (económicos, humanos, materiales), forma de ejecución, cumplimiento de la planificación en el tiempo establecido y sobre todo el logro de lo propuesto.

Los evaluadores se clasifican en internos y externos.

Evaluadores **internos**, los que están implicados en la implantación del programa, es importante y eficaz el integrar en el proceso de evaluación a las diferentes perspectivas: la de los diseñadores y los ejecutores, coordinadores de programas, de los que trabajan desde unidades centrales y los que lo hacen en unidades territoriales de la periferia.

Evaluadores **externos**, los que son ajenos a la implantación; y pueden ser técnicos externos a la institución que gestionan el programa (por ejemplo, pertenecientes a agencias de evaluación) o agentes sociales legitimados para el control social y político de las acciones de la institución (representantes de la población y sus asociaciones, de los trabajadores, de los usuarios, políticos de la oposición).

¿Cómo se realiza el proceso evaluativo?

Mediante organización de reuniones, entrevistas, obtención de datos e indicadores. Lo primordial es facilitar un buen flujo de información y combinar el uso de datos y números con opiniones o razonamientos. El análisis de la información tanto cuantitativa como cualitativa permitirá saber si se cumplen los objetivos y se siguen los criterios y valores inicialmente definidos. La evaluación debe percibirse como una herramienta de mejora del programa y no solo como mecanismo de control de los jefes sobre los subordinados. Es fundamental que los ejecutores se sientan partícipes y que se perciban a los evaluadores como aliados, considerando que la evaluación no se basa solo en medidas, sino en percepciones y opiniones.

¿Qué evaluar?

1. **Evaluación táctica o interna:** Consecución de objetivos (resultados), idoneidad de actividades (procesos), adecuación de recursos (estructura).

2. **Evaluación estratégica o externa o de diseño:** Dos indicadores serán fundamentales:

✓ Pertinencia: ¿se corresponden los objetivos del programa con los problemas definidos y con las prioridades que se han establecido para esta población? e

✓ Impacto sobre el problema ¿Cuál puede ser la contribución del programa a la solución de los problemas identificados?

¿Cuándo evaluar?

Se evalúa para cambiar aquello con lo que no estamos satisfechos, si se alcanzaron o no las metas propuestas en la planificación. Se debe evaluar constantemente o al término de cada etapa; sin embargo, la evaluación final es vital y en ella se refleja el grado de logro obtenido durante todo el proceso. Es importante hacerlo antes de rediseñar el programa siguiente para tener una línea de base clara en la que se identifiquen las acciones que aportaron o perjudicaron la consecución de los objetivos.

Para qué

Este aspecto corresponde al resultado de la evaluación: para introducir cambios en el diseño del programa, es decir cambiar aquello que no cumplió con las expectativas y que por el contrario obstaculizó la consecución de las metas establecidas (en caso de ser necesario se puede proceder a la eliminación completa del programa o en su defecto, procedimientos, recursos, normas). (Segura, 2009)

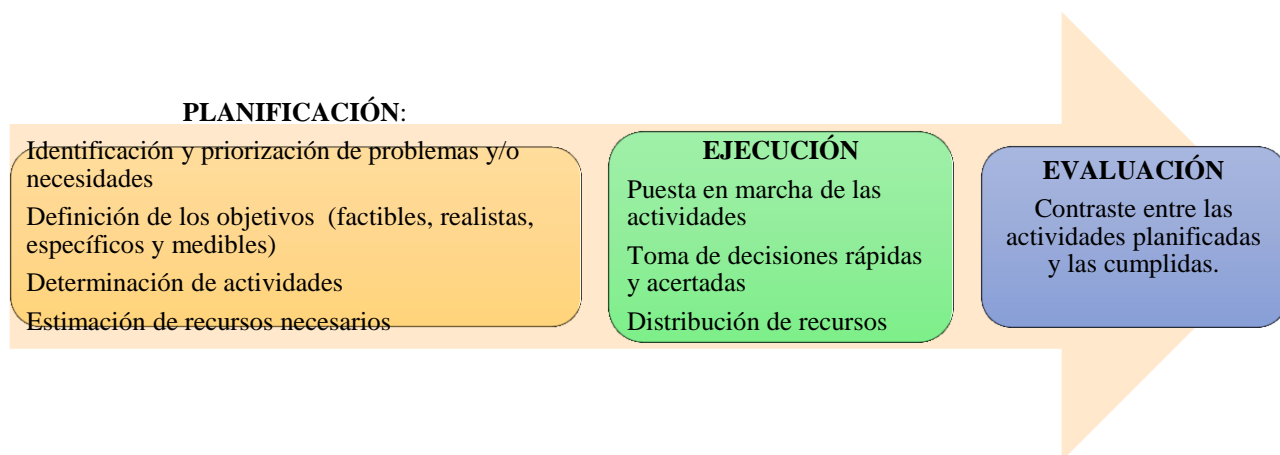


Fig. 2 Etapas del programa de salud

ETAPAS DEL PROGRAMA DE SALUD

3.6. Participación comunitaria

“El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud”. (ALMA ATA, 1978)

La participación comunitaria como estrategia colectiva para la prevención y promoción de la salud tiene su origen en la Declaración del Alma Ata en 1978. La participación es definida como

“Las Bases de la promoción de la salud, son el aumento de la capacidad de decisión de la población, la organización comunitaria, el compromiso de los gobiernos, del sector privado, la equidad y justicia social”

Maria Teresa Cerqueira OPS – 1996

el proceso mediante el cual los individuos y familias asumen la responsabilidad ante su salud y su bienestar así como por la salud de su comunidad, y desarrollan la capacidad de contribuir al desarrollo personal y comunitario.

En Ottawa posterior al año 1986, el concepto de participación comunitaria toma mayor fuerza al señalar que la comunidad debe participar en la tarea de decisiones a tomar en la planificación, ejecución y control en las acciones de promoción de salud. (Córdova, 1999).

La Junta de Andalucía señala las definiciones siguientes:

Participación comunitaria es el proceso social en virtud del cual grupos específicos, que comparten alguna necesidad, problema o interés y viven en una misma comunidad, tratan activamente de identificar dichos problemas, necesidades o intereses buscando mecanismos y tomando decisiones para atenderlos.

Participación Comunitaria en Salud es la integración de la ciudadanía, mediante sus organizaciones comunitarias, en el proceso de toma de decisiones. De esta manera un Sistema Sanitario adopta el modelo de escucha y debate con sus organizaciones comunitarias, para proporcionar los mejores servicios y oportunidades.

De igual forma refiere que el Trabajo Social Comunitario (TSCS) en salud considera que la participación comunitaria no consiste en ofertar actividades, prestaciones o programas a la población para que los consuman, sino en ofertar a la población oportunidades reales de participar (en función de su realidad) en las decisiones,

ofertar medidas organizativas y programas que ellos mismos consideren importantes, útiles y necesarios.

3.6.1. Niveles de participación comunitaria según Rifkin

Según Rifkin (Universidad del Nordeste- Facultad de Medicina, 2013) los niveles de participación comunitaria son:

- ✓ **Participación en los beneficios** de un programa que puede considerarse como participación pasiva, donde la gente es receptora de las acciones.
- ✓ **Participación de la comunidad en las actividades** de los programas, colaborando en la realización de algunas de las tareas.
- ✓ **Participación en la ejecución** de los programas, asumiendo pequeñas responsabilidades en la gestión del programa.
- ✓ **Participación en la vigilancia y evaluación** de los programas, valorando junto con los planificadores acerca del cumplimiento de los objetivos.
- ✓ **Participación en la planificación** de los programas, determinando prioridades, formulando objetivos y actividades. Se trata del nivel más alto de participación.

3.6.2. Tipos de participación comunitaria

M.J. Aguilar Idañez (Universidad del Nordeste- Facultad de Medicina, 2013) determina seis tipos de participación comunitaria, estos son los siguientes:

- ✓ **Pasiva:** se ejecutan acciones a solicitud.
- ✓ **Informativa** (encuesta): no tiene acceso a lo que se realiza con la información.
- ✓ **Consultiva:** da puntos de vista sin injerencia en las decisiones.
- ✓ **Negociada:** se le brindan incentivos (materiales, sociales, capacitaciones) a cambio de trabajo, no toma decisiones.
- ✓ **Interactiva:** la comunidad participa en la formulación, implementación y evaluación del proyecto.

✓ **Autoparticipación:** grupos organizados desarrollan su propio proyecto.

3.7. Estrategias de salud

Considerando que un elemento esencial en la formación de administradores en servicios de salud es su capacidad gerencial y administrativa, y que esta se encuentra estrechamente relacionada con las decisiones estratégicas de las organizaciones, resulta indispensable, antes que todo, definir el término estrategia, que según la historia, tiene su origen en el campo militar, pero que con el transcurso de los años ha marcado un referente, debido a su utilización en distintas áreas: administrativas, económicas, políticas, sociales, culturales entre otras.

La estrategia resulta ser la forma más conveniente de alcanzar un objetivo, el tipo innovador para que la meta propuesta se consiga con mayor éxito, en donde las personas encargadas de ejecutarla debe ser lo suficientemente capaces, sabias, y cautelosa, utilizando adecuadamente los recursos que posee en el momento y lugar exactos, aprovechando más que todo las ligeras oportunidades que se presentan y poniendo en marcha el plan cuando es requerido.

Por tanto, las estrategias son alternativas o cursos de acción que muestran los medios, recursos y esfuerzos que deben emplearse para lograr los objetivos en condiciones óptimas. A través de las estrategias se plantea el *cómo* lograr específicamente y de la mejor manera los objetivos. (Galindo, 1997)

Según K. J. Halten (1987) "Es el proceso a través del cual una organización formula objetivos, y está dirigido a la obtención de los mismos. Estrategia es el medio, la vía, es el cómo para la obtención de los objetivos de la organización. Es el arte (maña) de entremezclar el análisis interno y la sabiduría utilizada por los dirigentes para crear valores de los recursos y habilidades que ellos controlan. Para diseñar una estrategia exitosa hay dos claves; hacer lo que hago bien y escoger los competidores que puedo derrotar. Análisis y acción están integrados en la dirección estratégica".

H. Koontz (1991) señala: “Las estrategias son programas generales de acción que llevan consigo compromisos de énfasis y recursos para poner en práctica una misión básica. Son patrones de objetivos, los cuales se han concebido e iniciado de tal manera, con el propósito de darle a la organización una dirección unificada”.

En relación al campo de la salud las entidades tanto públicas como privadas, nacionales e internacionales, desarrollan estrategias que son mayoritariamente empleadas en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades; acciones encaminadas prioritariamente al mejoramiento de la calidad de vida de la población. El MSP del Ecuador específicamente en su afán por fortalecer la atención en salud implementa estrategias a corto, mediano y largo plazo con la intención de brindar servicios con calidad y calidez.

La citada entidad de salud ecuatoriana, para cubrir la brecha de especialistas existente en el país, coordina de manera sistemática el incremento del talento humano. Por citar, la llegada de médicos especialistas cubanos reforzando prioritariamente las necesidades de los hospitales públicos, además de trabajar con el plan retorno Ecuador saludable “Vuelvo por ti”, realizado con la finalidad de incentivar a médicos residentes en el extranjero a que regresen a brindar sus servicios en el país, con sueldos dignos, estabilidad laboral, entre otros beneficios otorgados por el Estado.

A ello se suma la preparación, por parte del MSP, de los denominados Técnicos en Atención Primaria en Salud (TAPS), los cuales deben fortalecer el vínculo entre los servicios de salud y la comunidad, estimulando la participación ciudadana en función del mejoramiento de las condiciones de vida y salud de la población, entre otros aspectos.

Actividad de trabajo autónomo 2

Mediante un mapa mental resumir la información más relevante sobre los programas de salud y sus etapas.

3.8. Programas del Ministerio de Salud de Pública

Con la finalidad de garantizar el derecho a la salud en el pueblo ecuatoriano y guiándose por el objetivo 3; *mejorar la calidad de vida de la población*, del Plan Nacional del Buen Vivir (PNBV), (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES), 2013) el MSP creado programas destinados a distintos campos, enfocados a cubrir las principales y más emergentes necesidades. A través de esta entidad se cuenta con los programas de salud que se evidencian en el sitio web (MSP, s.f.) de este organismo y que son mencionados a continuación:

1. Programa de Control de los Desórdenes por Deficiencia de Yodo (DDI)

encargado de proteger a la población de los DDI, mediante el aseguramiento de la calidad de la sal para el consumo humano, de acuerdo a la guía de manejo de Programas para los DDI, publicada por la OMS/OPS, ICCIDD y el UNICEF (WorldHealthOrganization, 2001-2007).

2. **Estrategia Nacional de Salud Pública para VIH/Sida-ITS**: que pretende disminuir la incidencia de VIH-ITS y la mortalidad por SIDA mediante la ampliación de la cobertura y la calidad de la atención de los servicios de salud del primero y segundo nivel con énfasis en oferta de prueba voluntaria y Manejo Sintomático -MS-ITS- a los grupos más expuestos y en condiciones de vulnerabilidad así como el mejoramiento de la calidad de atención de la Red de servicios públicos de atención integral de Personas Viviendo con VIH -PVV-.

3. **Encuesta nacional de salud y nutrición – ENSANUT** tiene como prioridad describir la situación de salud reproductiva materna e infantil, de las enfermedades crónicas no transmisibles, entre otras tales como: situación nutricional, situación del consumo alimentario, estado de micronutrientes, acceso a programas de complementación alimentaria y suplementación profiláctica, actividad física, acceso a los servicios de salud, gasto en salud de la población ecuatoriana de 0 – 59 años; considerando las diferencias geográficas, demográficas, étnicas, sociales y económicas, las especificidades de sexo y edad.

4. **Atención integral por ciclos de vida** contribuye a garantizar la atención integral de salud con calidad y calidez en el Sistema Nacional de Salud, considerando los perfiles epidemiológicos por ciclos de vida y los determinantes de la salud de las familias y comunidades, en el marco del Modelo de Atención y Gestión.

5. **Detección e intervención temprana de los trastornos del desarrollo** encamina sus acciones a reducir el porcentaje de incidencia de discapacidad mediante el desarrollo de planes proyectos y programas de diagnóstico temprano y atención especializada en la población infantil.

6. **Detección temprana y escolar de discapacidades auditivas en el Ecuador** tiene como fin reducir el porcentaje de incidencia de discapacidad mediante el desarrollo de planes proyectos y programas de diagnóstico temprano y atención especializada en la población infantil de 0 a 9 años de edad.

7. **Disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos - DAIA** cuyo propósito es garantizar la entrega oportuna y gratuita de métodos anticonceptivos y contribución a la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Embarazo en Adolescentes.

8. **Programa Nacional de Sangre (PNS)**: el Ministerio de Salud mediante este programa reorganiza, regula, emite y hace cumplir la política pública y normas técnicas a los servicios de sangre a nivel nacional.

Estos programas son propuestos e implementados con la finalidad de mejorar la calidad de vida, disminuir el alto índice de morbi-mortalidad en cada ciclo de vida, prevención de enfermedades inmunoprevenibles, infectocontagiosas o de transmisión sexual, embarazo precoz, desnutrición, tratamiento oportuno de patologías controlables, entre otras necesidades presentes en la población.

De este modo los programas del MSP deben ser conocidos por los futuros profesionales de la enfermería.

3.8.1. Estrategia de prevención de casos de tuberculosis

3.8.1.1. Introducción

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la tuberculosis (TB) continúa siendo un problema inquietante de salud pública. En el 2015, se estimaron 10,4 millones de casos nuevos de TB en todas sus formas a nivel mundial y se notificaron 6,1 millones. Con respecto a la coinfección TB/ VIH, 910 000 personas iniciaron tratamiento preventivo para TB. Por otro lado, se estimaron 580 000 casos de TB multidrogorresistente (TB MDR) y se notificaron 125000; asimismo, la mortalidad por TB a nivel mundial se estimó en 1,4 millones y en 400 000 por TB en coinfección TB/VIH.

Para la región de las Américas, en el propio año se estimaron 268 000 casos nuevos de TB y se notificaron 230 519; de estos, 217 081 correspondieron a casos nuevos y recaídas y 13 438, a casos previamente tratados. De los casos notificados, 21 885 correspondieron a la coinfección TB/VIH (9,49%), de los cuales 12% se realizó la prueba para VIH y conoce su estatus. La mortalidad estimada fue de 19 000. En TB MDR/resistente a rifampicina (RR) se estimaron 7700 casos, se diagnosticaron 4 611 (59,88%) por laboratorio y 3 477 (75,41%) iniciaron tratamiento. Estos alarmantes datos, constituyen una muestra de la necesidad de continuar los estudios así como de la batalla por la prevención de esta patología.

Para Ecuador, el estimado de la OMS fue de 8 400 casos nuevos de TB (51,6/100 000 habitantes), incluyendo aquellos con coinfección TB/VIH. Sin embargo, el Sistema Nacional de Salud (SNS), que comprende la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y la Red Complementaria (RC), diagnosticó y notificó 5 215 casos (32,03/100 000 habitantes), cumpliendo 62,08% de lo estimado. De los casos notificados, 5 097 correspondieron a casos nuevos y recaídas, y 118, a casos previamente tratados.

En coinfección TB/VIH se notificaron 545 casos, que representan el 10,45% de los casos de TB. En TB MDR se estimaron 370 casos e iniciaron tratamiento 135, que representan el 36,48%.

Según la cohorte de 2014, el tratamiento exitoso en el país para los casos nuevos y recaídas fue de 76,87%, La tasa de mortalidad, reportada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), fue de 2,59/100 000 habitantes en 2014.

La visión para el cierre de 2020, del Ministerio de Salud Pública de Ecuador (MSP), a través de la Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control (DNEPC), es implementar una atención de salud multidisciplinaria e intersectorial en la RPIS y la RC, para el abordaje integral, sistemático y sostenido del control de la TB.

3.8.1.2. Objetivo general de la estrategia nacional de prevención de casos de tuberculosis

La estrategia nacional de prevención de casos de tuberculosis tiene como objetivo el siguiente:

Generar lineamientos técnicos, operacionales y administrativos, para garantizar la atención integral, oportuna y de calidad a los usuarios de los establecimientos del SNS, dando prioridad a la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento para el control de la Tuberculosis (TB).

Esta estrategia consta de un manual que explica detalladamente las definiciones que resultan indispensables para la comprensión de la patología; definiciones de los casos, definiciones de resultado del tratamiento, medidas de prevención, derechos y responsabilidades de los afectados por TB, entre otros temas de relevancia. Estos temas se pueden encontrar completos en (<http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/07/MANUAL-DE-PROCEDIMIENTOS-DE-TB-FINAL.pdf>). Sin embargo, el glosario de términos se describe a continuación:

1. **Afectado para continuación de tratamiento.** El paciente afectado que inicia tratamiento en un establecimiento del primer nivel y que, por necesidades de traslados justificados (cambios de domicilio, ocupación), es enviado a otro establecimiento para continuar con el tratamiento.
2. **Caso de TB.** Persona a quien se diagnostica TB, con o sin confirmación bacteriológica.

3. **Caso índice.** Persona de cualquier edad con TB, inicialmente identificada, nueva o recurrente, en el hogar o cualquier otro sitio en el que haya estado expuesta. En este caso, se centra la investigación de contactos, aunque no necesariamente es el caso fuente.
4. **Caso probable de TB.** Persona que presenta síntomas o signos sugestivos de TB. Incluye a los sintomáticos respiratorios (SR).
5. **Censo de contactos (investigación de contactos).** Proceso mediante el cual se identifica y registra a todas las personas que viven con el caso índice. Con la finalidad de determinar los contactos con TB latente que deberían iniciar TPI.
6. **Contacto.** Persona que ha estado expuesta al contagio de un afectado con TB y que tiene mayor probabilidad de infectarse y desarrollar la enfermedad. El contagio es intradomiciliario o extradomiciliario.
7. **Contacto censado.** Contacto obtenido a través de una entrevista con el caso índice, el cual deberá ser registrado en la tarjeta de estudio y control de contactos. Esta actividad se realiza durante una visita domiciliaria o laboral y/o consulta médica.
8. **Contacto examinado.** Si es SR, se considera examinado cuando ha realizado examen clínico y por lo menos una baciloscopia (BK), cultivo de esputo, reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en tiempo real Xpert/MTB/RIF, rayos X o algún procedimiento para descartar TB. Si el contacto no es SR, se considera examinado cuando se le brinda educación para la salud y se le solicita que, en caso de presentar síntomas (tos con flema por 15 días o más), acuda a la unidad de salud más cercana.
9. **Conversión de la BK en TB sensible.** Se considera cuando la BK es negativa al segundo mes de tratamiento.
10. **Conversión en TB resistente (TB R) a medicamentos.** Se considera la conversión negativa del cultivo cuando dos cultivos consecutivos, con por lo menos un intervalo de 30 días, son negativos. En este caso, la fecha de recolección de la muestra del primer cultivo con resultado negativo se toma en cuenta como la fecha de conversión.
11. **Etiqueta de la tos.** Consiste en cubrirse la boca y la nariz al toser, y estornudar con un pañuelo descartable o mascarilla.

12. **Infección tuberculosa latente.** Estado de respuesta inmunitaria persistente a antígenos de *Mycobacterium tuberculosis* adquiridos con anterioridad, que no presenta manifestaciones clínicas de TB activa.
13. **Población de riesgo (grupos vulnerables y/o con factores de riesgo).** Incluye a las personas que viven con el virus del sida (PVV), personas privadas de libertad (PPL) y personal de salud, así como a las personas previamente tratadas por TB, los contactos de TB R, las personas con alta sospecha clínica y/o radiológica de TB con BK negativa, reversión bacteriológica o falta de conversión, y menores de 5 años. Además, considera los casos de TB con morbilidades.
14. **Reinfección.** Afectado que termina el tratamiento de TB y vuelve a infectarse con otra cepa. La confirmación de una cepa de *Mycobacterium tuberculosis* viable se realiza mediante el cultivo y la tipificación a partir de este.
15. **Resistencia a drogas primaria o inicial.** Cuando una persona se infecta con una cepa resistente a drogas confirmada. Esta no debe tener historia de tratamiento previo o recibido durante menos de 1 mes. La vía de transmisión es la misma que para la TB sensible. Este riesgo aumenta en comunidades con alta prevalencia de TB R.
16. **Resistencia a drogas secundaria o adquirida.** Resultado de un tratamiento inadecuado, incompleto o pobre, por el que se selecciona cepas mutantes con resistencia a drogas comprobada.
17. **Reversión.** Se considera que el cultivo revierte a positivo cuando, después de una conversión inicial, se presentan dos cultivos positivos consecutivos, con por lo menos un intervalo de 30 días. Para definir el fracaso del tratamiento, la reversión se considera solo cuando se produce en la segunda fase.
18. **Sintomático respiratorio (SR).** Persona que tiene tos con flema por más de 15 días (las tres condiciones juntas).
19. **Sintomático respiratorio esperado (SRE).** SR que el personal de salud espera detectar. Desde el punto de vista de la programación, corresponde al 4% de las primeras consultas en mayores de 15 años (preventivas y de morbilidad), atendidas intramural y extramural, ingresadas en el Registro

Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA), o su similar y a la atención médica, odontológica, psicológica y obstétrica.

20. **Sintomático respiratorio identificado (SRI).** SR detectado por el personal de salud o agente comunitario e inscrito en el *Libro de registro de sintomáticos Respiratorios*.
21. **Sintomático respiratorio examinado (SREx).** SR identificado al que se le realiza por lo menos una BK de esputo.
22. **Talento humano en salud.** Equipo conformado por profesionales, no profesionales y personal administrativo, de acuerdo con la normativa de tipología y licenciamiento establecida por la Autoridad Sanitaria Nacional (ASN).
23. **TB Presuntiva.** Persona que presenta síntomas o signos sugestivos de TB. Incluye a los sintomáticos respiratorios (SR).

3.9. Estrategia nacional de inmunización

3.9.1. Evolución histórica

Las primeras actividades de vacunación en Ecuador tienen su origen en los años 1942 y 1943, aunque se llevaban a cabo solamente en periodos cortos, por lo general en respuesta a brotes y en la modalidad de “campanas” con vacuna antivariólica, mixta (DT) y posteriormente con BCG.

La Estrategia Nacional de Inmunizaciones se enmarca en la Constitución de la República, Ley Orgánica de Salud, Plan Nacional para el Buen Vivir (vigente hasta el 2017), Plan Estratégico Institucional y al Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS/FCI), para garantizar: acceso universal y diversidad cultural, responsabilidad compartida y alianzas, gratuidad, eficiencia, eficacia y calidad, oportunidad y sostenibilidad, equidad, participación social y organización funcional.

De esta forma, la citada estrategia se relacionaba con el objetivo 3 del Plan Nacional para el Buen Vivir “...mejorar la calidad de vida de la población”, con el objetivo estratégico 3 del MSP: “... incrementar la vigilancia, control, prevención y la promoción de la salud” y con el objetivo 8 del Modelo de Atención Integral en Salud que consiste en: “Fortalecer la planificación e intervención intersectorial que permita ejercer sobre los determinantes de salud, una actuación coordinada y

potenciadora para el desarrollo integral de los territorios, el mejoramiento de la calidad de vida y de las condiciones de la salud de la población”. El enfoque intersectorial contribuye a la consecución de indicadores de impacto social.

A partir de 2010, el MSP adopta un nuevo esquema organizacional, con un modelo desconcentrado, conformado por 9 Zonas, 140 distritos y 1.134 circuitos administrativos de planificación. De acuerdo a este modelo, cada una de estas dependencias debe asumir las correspondientes competencias. Este cambio del esquema organizacional modifica también el esquema y relación de dependencia de los funcionarios que, hasta entonces, llevaban a cabo las actividades de la ENI. Al consolidarse en el MSP el esquema organizacional vigente, el PAI se convierte en la “Estrategia Nacional de Inmunizaciones” (ENI).

Solo en promoción y prevención el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS/FCI), ofrece una oportunidad para fortalecer la salud pública en general y las inmunizaciones en particular. El acceso y los logros de inmunización pueden usarse como un trazador de la implementación del modelo de salud, que demuestre su efectividad para llegar a todos. Sin embargo, al transicionar del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) a Estrategia Nacional de Inmunizaciones (ENI), se realizó una desagregación de funciones y responsabilidades, las cuales fueron distribuidas a diferentes actores en el MSP, como: vigilancia epidemiológica, estadística, talento humano, primer nivel de atención, dirección de hospitales (maternos), administración y medicamentos, promoción y comunicación.

A pesar de que el MAIS/FCI se considera una buena propuesta teórica de este modelo se observa que en su implementación existen insuficiencias en la articulación entre las diferentes instancias territoriales comunitarias. Por ello, se requiere fortalecer la capacidad de coordinación entre todos los actores y niveles relacionados a las actividades de inmunización. (OMS, OPS, & MSP, 2017)

3.9.2. Misión

Asegurar la inmunización universal y equitativa de la población objeto del programa usando vacunas de calidad, gratuitas, que satisfagan al usuario, basada en una gerencia y vigilancia epidemiológica efectivas y eficientes en todos los niveles, que involucre a los diversos actores del Sistema Nacional de Salud.

3.9.3. Visión

Lograr el control, eliminación y/o erradicación de las enfermedades prevenibles por vacunación.

3.9.4. Objetivo general

El objetivo general del MAIS/FCI se orienta a:

Disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad de las enfermedades prevenibles por vacunación (EPV) en la población objeto.

A continuación se presenta el esquema nacional de vacunación familiar 2016-Ecuador tomado de la página web del Ministerio de Salud Pública.



ESQUEMA DE VACUNACIÓN FAMILIAR / ECUADOR 2016

Ciclos de Vida	Grupos programáticos	Tipos de Vacuna	Total dosis	Dosis* recomendada	Vía de administración	Frecuencia de administración					
						Número de dosis			Refuerzos		
						1 dosis	2 dosis	3 dosis	4ta dosis (1 Refuerzo)	5a. Dosis (2 Refuerzo)	6ta dosis (3 Refuerzo)
NIÑEZ	Menores de un año	*BCG	1	0,05/0,1 ml	I. D.	Dosis única R. N dentro de las primeras 24 horas de nacido.)					
		HB	1	0.5 ml	I. M.	R. N dentro de las primeras 24 horas de nacido.)					
		Rotavirus	2	1.5 ml	V.O.	2m	4m				
		IPV	1	0.5ml	I. M.	2m					
		bOPV	2	2 Gotas	V. O.		4m	6m			
		Pentavalente (DPT+HB+Hib)**	3	0.5 ml	I.M.	2m	4m	6m			
		Neumococo conjugada	3	0.5 ml	I.M.	2m	4m	6m			
	Influenza Estac. (HN) Triv. Pediátrica (a partir de los 6 meses a 11 meses)	2	0.25	I.M.	1er Contacto	al mes de la primera dosis					
	12 a 23 meses	Difteria, Tétanos, Tosferina (DPT)	1	0.5 ml	I.M.				1 año después de la tercera dosis de Pentavalente (4ta dosis)		
		bOPV	1	2 Gtts	V.O.				1 año después de la tercera dosis de antipolio (4ta dosis)		
		Sarampión, rubéola, parotiditis SRP	2	0,5 ml	S.C	12 meses	18 meses				
		Fiebre Amarilla (FA)	1	0.5 ml	S.C	12 meses					
		Varicela	1	0.5 ml	S. C.	15 meses					
		Influenza Estacional Triv. Pediátrica	1	0.25 ml	I.M.	1 er contacto					
24 a 35 meses	Influenza Estacional Triv. Pediátrica	1	0.25 ml	I.M.	1 er contacto						
36 a 59 meses	Influenza Estacional Triv. Pediátrica	1	0.50 ml	IM	1er contacto						
5 años	****DT	1	0.5 ml	I. M.				5ta dosis			
9 años	HPV	2	0,5 ml	I. M.	1er contacto	6 meses despues de la primera dosis					
ADOLESCENCIA	15 años	****dT	1	0.5 ml	I. M.					6ta dosis	
Adultos	Vacunación en grupos de riesgo	MEF: Embarazadas y no embarazadas	****dT	0.5 ml	I. M.	Completar esquema según historia vacunal; si no existiera antecedente vacunal, proceder a iniciar el esquema, conservando los intervalos de 0, 1 mes, 6 meses, 1 año, 1 año hasta completar las 5 dosis que requiere el esquema de adulto					
		Personal de Salud, estudiantes de salud	HB	3	20 µg/1 ml	I. M.	Completar esquema según historia vacunal: Conservando los intervalos de 0, 1 mes, 6 meses				
		Trabajadoras sexuales, privados de la libertad,	HB	3	20 µg/1 ml	I. M.	Completar esquema según historia vacunal: Conservando los intervalos de 0, 1 mes, 6 meses				
		Viajeros	SR	1	0.5 ml	S.C	Viajeros a países con circulación endémica de sarampión-rubéola				
		Viajeros	FA	dosis única	0.5 ml	S.C	Viajeros a países con circulación endémica fiebre amarilla. (una dosis dá inmunidad toda la vida)				
	Embarazadas, personal de salud, enfermos crónicos desde 6 meses en adelante, adultos de 65 años y más	Influenza estacional Triv. Adulto	1	0.5 ml	I.M.	1er Contacto					
	SR	1	0.5 ml	S. C.	Dosis única : para control de brotes, a grupos de riesgo (vacunación verificando historial vacunal)						

* De acuerdo al fabricante

**Niños con reacción anafiláctica al componente DPT de la pentavalente o niños con esquema atrasado de 1 a 4 años y que no acceden a la pentavalente deberá administrarse HB según normativa (0-1-6)

*** Este esquema se aplica siempre y cuando haya recibido las 3 dosis de Pentavalente y el refuerzo con DPT, caso contrario proceder como con el esquema de las MEF

****Si no hay evidencia de vacunación anterior se debe proceder como se detalla en el casillero de MEF

*****Si no hay evidencia de vacunación anterior se debe proceder como se detalla en el casillero de MEF

Esquema Antipoliomielitis

1era Dosis IPV, 2da dosis OPV, 3era dosis OPV, refuerzo OPV; *toda primera dosis independientemente de la edad es con IPV*

**SUBSECRETARÍA NACIONAL DE VIGILANCIA DE LA SALUD PÚBLICA
DIRECCIÓN NACIONAL DE ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL
ESTRATEGIA NACIONAL DE INMUNIZACIONES
ESQUEMA DE VACUNACIÓN FAMILIAR/ECUADOR 2016**



Grupo de edad	Vacuna	Enfermedades que previene la vacuna	Frecuencia y edad de aplicación
Menores de un año	BCG	Meningitis Tuberculosa y Tuberculosis pulmonar diseminada	Dosis única: de preferencia dentro de las 24 horas de nacidos (esta vacuna puede aplicarse también hasta los 11 meses 29 días)
	H B pediátrica	Hepatitis B por transmisión vertical (madre con antecedente de HB)	Una dosis al Recién Nacido (en las primeras 24 horas de nacido)
	Rotavirus	Enfermedad diarreica por rotavirus	1° dosis: a los 2 meses de edad (máximo hasta lo 5 meses de edad) 2° dosis: a los 4 meses de edad (máximo hasta los 8 meses de edad)
	IPV (Vacuna Inactivada de Polio)	Poliomielitis (Parálisis flácida aguda)	1° dosis: a los 2 meses de edad (vacunación oportuna) "toda primera dosis antipoliomielítica independientemente de la edad es con IPV"
	OPV	Poliomielitis (Parálisis flácida aguda)	2° dosis: a los 4 meses de edad 3° dosis: a los 6 meses de edad Completar esquema máximo hasta los 4 años 11 meses 29 días
	PENTAVALENTE (DPT+HB+Hib)**	Difteria, tosferina, tétanos, hepatitis B, neumonias y meningitis por haemophilus influenzae tipo b	1° dosis: a los 2 meses de edad 2° dosis: a los 4 meses de edad 3° dosis: a los 6 meses de edad Completar esquema máximo hasta los 11 meses 29 días
	Neumococo conjugada	Neumonías, meningitis, otitis por streptococo pneumoniae	1° dosis: a los 2 meses de edad 2° dosis: a los 4 meses de edad 3° dosis: a los 6 meses de edad Completar esquema máximo hasta los 11

			meses 29 días
	Influenza Pediátrica	Influenza (Gripe Estacional)	1° dosis: de 6 a 11 meses de edad 2° dosis: un mes después de la 1° dosis
12 a 23 meses	DPT	Difteria, Tosferina, Tétanos	4ta. Dosis con DPT : al 1 año de la tercera dosis de Pentavalente
	OPV	Poliomielitis	4ta. Dosis con OPV: al 1 año de la tercera dosis de OPV
	SRP	Sarampión, Rubeola y Parotiditis (Paperas)	1° dosis de SRP a los 12 meses de edad. 2° dosis a los 18 meses de edad ; el intervalo mínimo entre dosis es de 6 meses
	FA	Fiebre Amarilla	Dosis única a los 12 meses de edad
	Varicela	Varicela	Dosis única a los 15 meses de edad Aplicar máximo hasta el 1 año 11 meses 29 días
	Influenza Pediátrica	Influenza (Gripe Estacional)	1 dosis: entre 12 y 23 meses de edad (dosificación para esta edad)
24 a 59 meses	Influenza Pediátrica	Influenza (Gripe Estacional)	1 dosis: entre 24 y 35 meses de edad (dosificación para esta edad) 1 dosis: entre 36 y 59 meses de edad (dosificación para esta edad)
5 - 15 años	DT pediátrico (5 años)	Difteria y Tétanos	5ta. Dosis con toxoide diftérico y tetánico (3 primeras dosis con pentavalente y 4ta dosis refuerzo con DPT)
	HPV (9 años)	Cáncer cérvico uterino por virus del papiloma humano	1° dosis: al primer contacto niñas de 9 años 2° dosis: a los 6 meses de la primera dosis
	dT (15 años de edad)	Difteria y Tétanos	6ta. Dosis: a los 15 años de edad con toxoide diftérico y tetánico para adulto (primeras 3 dosis con pentavalente, 4ta dosis o refuerzo con DPT, 5ta dosis con DT).

Adultos	dT (Toxoide Tetánico y Diftérico adulto)	Difteria y Tétanos	Completar esquema según historia vacunal; si no existiera antecedente vacunal proceder a iniciar el esquema: 1° dosis: al primer contacto ; 2° dosis: al mes de la 1° dosis; 3° dosis: a los 6 meses de la 2° dosis; 4° dosis: al año de la 3ra. dosis; 5° dosis: al año de la 4ta. dosis.
	Influenza Estacional (Grupos de riesgo)	Influenza (Gripe estacional)	Embarazadas Personal de Salud, Enfermos Crónicos, Adulto mayor (65 años y +)
	Vacuna Antiamarílica (FA)	Fiebre amarilla	1. Viajeros Según antecedente vacunal los que acuden a países con riesgo de transmisión de FA o a zona endémica. (DOSIS ÚNICA)
	H B (adultos)	HepatitisB	1. Privados de libertad 2. trabajadores de salud 3. trabajadoras sexuales Administrar 3 dosis conservando los intervalos de 0, 1 mes, 6 meses. Si tienen esquema incompleto (verificando carné de vacunación) continuar con la dosis respectiva, no iniciar el esquema.
** Niños con reacción anafiláctica al componente DPT de la pentavalente o niños con esquema atrasado de 1 a 4 años y que no acceden a la pentavalente deberá administrarse HB pediátrica, según normativa (0-1- 6)			

3.10. Proyecto de tamizaje metabólico neonatal

El Tamizaje Metabólico Neonatal (TAMEN) es un proyecto del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, cuyo objetivo es la prevención de la discapacidad intelectual y la muerte precoz en los recién nacidos, mediante la detección temprana y manejo de errores del metabolismo.



Con el citado proyecto y su aplicación se previene la aparición de cuatro enfermedades:

- Hiperplasia Suprarrenal (Discapacidad intelectual y muerte precoz)
- Hipotiroidismo (Discapacidad intelectual)
- Galactosemia (Discapacidad intelectual y muerte precoz)
- Fenilcetonuria (Discapacidad intelectual)

El proyecto comenzó en el Ecuador el 02 de diciembre de 2011, después de un largo proceso de selección con la ayuda de Cuba, a través de un convenio con el Ministerio de Salud Pública del Ecuador y Tecno Suma Internacional, que cuenta con más de 27 años de experiencia en patologías de errores congénitos del metabolismo y es utilizada en Venezuela, México, Brasil, Argentina, Colombia, y ahora en Ecuador.

El gobierno nacional, a través del proyecto, invierte \$55,69 dólares por cada prueba realizada a los niños recién nacidos, para la prevención de discapacidad intelectual y muerte precoz.

Desde sus inicios, el TAMEN superó las metas esperadas. En el 2011 fueron tamizados 10.340 niños en menos de un mes, de los cuales se detectaron seis casos positivos (hiperplasia suprarrenal uno; hipotiroidismo tres, galactosemia uno y fenilcetonuria uno).

En el 2012 se tamizaron a 166.000 niños, detectando 41 casos positivos (hiperplasia suprarrenal seis hipotiroidismo 32, galactosemia dos, fenilcetonuria uno).

Para el 2013, se superó nuevamente las metas establecidas, ya que se realizó la prueba de Tamizaje Metabólico Neonatal a 225.436 niños, previniendo discapacidad intelectual en 114 niños (hiperplasia suprarrenal 26, hipotiroidismo 76, galactosemia cuatro, fenilcetonuria ocho).

En total, 161 niños presentaron casos positivos durante estos tres años.

Es importante mencionar que cada niño que presenta un caso positivo recibe un tratamiento integral, con una atención y servicios de salud gratuitos, con calidad y calidez, un seguimiento permanente de la salud, así como también reciben medicina de manera continua en el centro de salud más cercano a su domicilio.

3.10.1. Misión del TAMEN

Estamos comprometidos con la salud y la vida de nuestros niños y niñas, previniendo la discapacidad intelectual y la muerte precoz, mediante la detección temprana de errores congénitos del metabolismo, aseguramos su manejo integral y tratamiento oportuno, superando las metas establecidas, con un servicio de calidad y manejando los recursos de manera honesta, reafirmamos nuestro compromiso con el bienestar y crecimiento de quienes conformamos este equipo.

3.10.2. Visión del TAMEN

Para el año 2018 seremos el programa más sólido de América del Sur, certificados con normas internacionales y desarrollando investigaciones científicas que aportaran a la mejora de la calidad de vida de la humanidad. (Ministerio de salud Pública, 2013)

Este proyecto de atención primaria desde su inicio tuvo total aceptación de la ciudadanía, ya que la mayoría de madres acuden con sus niños para realizar la prueba del talón, para conocer si el niño tiene o no, enfermedades metabólicas que pueden ser prevenidas si se detectan a tiempo.

Actividad de trabajo autónomo 3

Explicar y diferenciar el plan, programa y la estrategia a través de un ensayo.

Ejemplificar en cada caso.

Bibliografía

- (s.f.). Recuperado el Enero de 2018, de slideshare:
<https://es.slideshare.net/elianitakmvv/atencion-primaria-de-salud-renovada>
- World Health Organization. (2016). Recuperado el 9 de Octubre de 2017, de Occupational health: (http://www.who.int/topics/occupational_health/en/
- 2009, M. d. (2009). *Plan Nacional del Buen Vivir*. Quito: Ministerio de Planificacccion y Desarrollo Ecuador 2009.
- 2012, A. n. (2012). Ley Orgànica de Educaciòn Superior. *Registro Oficial*. Quito.
- A, G. M., Martínez-López, Pérez-Constantino, M., & Montelongo-Meneses, P. P. (2013). *proceso de Atención de Enfermería a una lactante con neumonía basado en patrones funcionales*. México.
- A. Segur, I. L. (2003). *La profesio de salud publica y el debate de las competencias profesionales*. España: Gad Sanit.
- Alberto, N. (2010). *Situacion actual del proceso de implantaciòn del modelo de atenciòn integral en salud MAIS*. Miisterio de Salud Pùblica, Inteligencia de la salud Ministerio de Salud Publica, Quito.
- Altman, D. (1991). Practical statistics for medical research. . *Chapman & Hall*.
- Altman, D. (1991). Randomisation: potential for reducing bias. *BMJ*.
- Alwan, A., Olla, S., & Sameen, S. . (2016). Essential public health functions: the experience of the Eastern Mediterranean Region. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 22.
- Andaluz, D. S. (2008). *Guia de atencion Domiicliaria* . España: Distrito Sanitario Malaga.
- Armando, H. D. (1996). La extension universitaria y la integracion cultural. *Conferencia I encuentro latinoamericano*. Habana-Cuba.
- Arratia, A. (2005). *Investigacion y documentaciòn historica en enfermería*. Recuperado el 15 de septiembre de 2017, de www.academia.edu/24540723/investigacion_y_documentacion_historica_en-enfermeria: www.academia.edu
- Arratia, F. A. (2005). *Investigaciòn y documentaciòn històrica en Enfermería*. Santiago de Chile.
- Arribas A, G. S. (Enero de 2009). *Papel de la enfermeria en atencion primaria*. Recuperado el 17 de noviembre de 2017, de [www.index- f.com/las casass/documentos/lc034.pdf](http://www.index-f.com/las-casass/documentos/lc034.pdf): [www.index- f.com](http://www.index-f.com)
- Arribas Antonio Cacha, S. G. (Enero de 2009). *Papel de la enfermeria en atencion primaria. Salud Madrid*.
- Asamblea Constituyente. (2008). Constitución de la República del Ecuador. Ecuador.
- Asamblea Constituyente. (2008). Constitución de la República del Ecuador. *Capítulo Segundo, Art.32*. Ciudad Alfaro.
- Bonilla, M., Molina, J., & Morales, F. (14 de Mayo de 2006). *MAESTRIA EN GERENCIA Y LIDERAZGO EDUCATIVO*. Tesis de Maestria, UNIVERSIDAD FERMIN TORO, Barinas.

- Bortz, J., & Döring, N. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation*. Springer: Berlín, Heidelberg, Nueva York.
- Bortz, J., & Döring, N. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation*. . Spirnger: Berlín, Heidelberg, Nueva York.
- C, H. S. (2015). LA VINCULACIÓN CON LA SOCIEDAD, entre el Ser y el deber ser. *Rupturas*, 1.
- Cancio, C. (1998). *El desarrollo de la competencia comunicativa en escolares de septimo grado apartir del uso de diferentes codigos*. Recuperado el 15 de septiembre de 2017, de Repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/643/1/tesis de la Cruz valeria y Diana Gallegos.pdf: Repositorio.upse.edu.ec
- Centers for Disease Control and Prevention. (2017). Recuperado el 9 de Octubre de 2017, de CDC Health Literacy: <https://www.cdc.gov/healthliteracy/training/page1299.html>
- CEVALLOS, P. F. (1994). *Historia del Ecuador*. Guayaquil: (Publicaciones Educativas Ariel.
- Claudia, B., Servando, G., & Alejanro, O. (2005). Recuperado el 21 de Noviembre de 2017, de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-doc/indice_de_barthel.pdf: <http://www.sld.cu>
- Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. (2016). [website]. *Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016* (<http://www.euro.who.int/en/>. Recuperado el 9 de Octubre de 2017, de Health systems governance : <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-systems-governance/health-systems-governance>
- Córdova, E. V. (Año III de 1999). La participación comunitaria en salud. *Investigaciones Sociales*(3).
- Cortez, L. (2016). Recuperado el 18 de noviembre de 2017, de www.ual.es/editorial: www.ual.es
- CUEVA, A. (1973). *El Proceso de Dominación Política en el Ecuador*. Quito: Voluntad.
- décadas, Organización Panamericana de la Salud. (2016). *La equidad en la mira: La salud pública en Ecuador durante las últimas décadas*. Quito.
- DefiniciónMX. (8 de Mayo de 2017). *DefiniciónMX*. Obtenido de <https://definicion.mx/sobre/>
- Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire . (2017). *Ten Essential Public Health Services*. New Hampshire Department of Health and Human Services, New Hampshire .
- Donabedian A, B. R. (Agosto de 2003). Una introducción a la garantía de calidad en la atención médica . *Revista Internacional de Calidad en la Atención de la Salud*, 15(4).
- Ecuador, M. d. (2009). *Plan Estratégico MSP 2009-2013*. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Inteligencia de la Salud, Quito.
- Ecuador, M. d. (2012). *Modelo de Atención Integral en Salud*. (D. d. Salud, Ed.) Quito: Ecuador, Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

- Egas, A. (2013). *La evolución del gasto público en el sector salud en el Ecuador: Análisis de su contribución en el mejoramiento de la calidad del servicio otorgado. Período 2007-2012*. Quito.
- Ekos Negocios. (2012). Historia de la medicina en el Ecuador. *Ekos Negocios*.
- Enfermería Blog. (2014). Recuperado el 16 de Noviembre de 2017, de <http://enfermeriablog.com/niveles-de-actuacion-enfermera/>: <http://enfermeriablog.com>
- Enfermería y Educación. (2017). Recuperado el 14 de Octubre de 2017, de Teseopress: <https://www.teseopress.com/enfermeriayeducacion/chapter/capitulo-i-la-evolucion-de-la-enfermeria>
- enfermeria, B. (2014). Recuperado el 14 de Noviembre de 2017, de <http://enfermeriablog.com/niveles-de-actuacion-enfermera/>: <http://enfermeriablog.com>
- Enfermería, B. (2014). Recuperado el 16 de Noviembre de 2017, de <http://enfermeriablog.com/investigacion/>: <http://enfermeriablog.com/niveles-de-actuacion-enfermera/>
- Eng, J. (2003). Sample size estimation: how many individuals should be studied? . *Radiology*.
- Espinoza Uriostegui Adrian, M. I. (Enero de 2016). Miniguía de Modelo de Patrones Funcionales Marjory Gordon. *Enfermera.io, Vol1*.
- Espinoza, J. (1998). Recuperado el 16 de agosto de 2017, de <http://platea.pntic.mec.es/~jrui2/ast98/art40.htm>: <http://platea.pntic.mec.es>
- Estrella, R. (2013). *Breve Historia de la Medicina en Ecuador*. Quito: Pedro Jorge Vera.
- FLACSO. (2017). Recuperado el 24 de Noviembre de 2017, de Flacso-Andes: <http://www.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/55527.pdf>
- Fleiss, J. (1986). The design and analysis of clinical experiments. . *John Wiley & Sons*; .
- Formación de los Recursos Humanos en la Atención Primaria de Salud y la transformación de los servicios. (2013). *Simposio*, (pág. 82). Lima.
- Franco.Giraldo, A. (Septiembre de 2015). El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud. *Rev.Fac.Nacional de Salud Publica 2015*, 33(3).
- Franco-Giraldo, A. (Septiembre de 2015). El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud. *Rev.Fac.Nacional de Salud Publica 2015*, 33(3).
- Galindo, L. M. (1997). *Fundamentos de administración casos y prácticas* (Segunda ed.). México D. F: Trillas.
- Girbes, F., Juan, J., Jose, & E., & F, P. (enero de 2005). Enfermería en atención primaria :nuestra reponsabilidad con la población. *Admnistracion Sanitaria Española*, 3.
- Gispert, R., & Tresserras, R. (14 de 11 de 2016). *Aniorte nic-net*. Obtenido de http://www.aniorte-nic.net/apunt_polit_plan_3.htm
- Gordillo, L. (junio de 2014). Categorías de la conducta no verbal. *Iztacala*, 17(2).

- Gordon, M. (2016). Recuperado el 16 de Noviembre de 2017, de Bitácora Enfermera: <http://bitacoraenfermera.org/marjory-gordon-nos-ha-dejado/>
- Gordón, M. (2016). *Mini Guía del Modelo de Patrones Funcionales*.
- Gordón, M. (2017). Recuperado el 14 de Noviembre de 2017, de Enfermería: <https://enfermeria.io/marjory-gordon/>
- Guzman, M. A. (2005). Enfermería en atención primaria. *Biblioteca las casas, 1*.
- Hamerly, M. (1842). *Historia Social y Económica de la Antigua Provincia de Guayaquil*. Publicaciones del Archivo Histórico.
- Heymann, D. (2008). NPHIs as focal points for leadership in prevention and control of infectious diseases. *Journal of Public Health Policy*(29).
- Iyer, T. (1989). *Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería* (Tercera ed.). (I. d. Mexico, Ed.) Mexico: McGraw-Hill.
- Lawn, J., Rohde, J., Rifkin, S., Were, M., Paul, V., & Chopra, M. (2008). Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise. *Lancet*.
- Machin, D., & Campbell, M. (2005). *Design of studies for medical research*. *Wiley*.
- Machin, D., Campbell, M., Fayers, P., & Pinol, A. (1987). *Sample size tables for clinical studies*. *Blackwell Science Ltd*.
- Macinko J, M. H. (2007). La Renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Panam Salud Pública, (2/3)*(73-84).
- Martínez, J. (2006). *Manual de higiene y medicina preventiva hospitalaria* (Primera ed.). Madrid, España: Díaz de Santos.
- MARTINS, D. I. (s/f). Recuperado el 30 de Septiembre de 2017, de Oocities.org: www.oocities.org/trabajocomunitario6/index/PLANIFICACION2.doc
- Martin-Zurro, A., & Jordan Solá, G. (2011). *Atención Familiar y Salud Comunitaria*. Barcelo, España: Fotolera,S.A.
- Massie, J. L. (1989). *Bases esenciales de la Administración*. México: Diana.
- Ministerio de Salud Pública . (2012). Recuperado el 3 de noviembre de 2017, de instituciones.msp.gob.ec/somossalud/documento/guia/Manual_MAIS-MSP1212.pdf: instituciones.msp.gob.ec
- Ministerio de Salud Pública. (2009). *Manual del Modelo de atención integral de salud. Familiar, comunitario e intercultural MAIS-FC*.
- Ministerio de Salud Pública. (2013). *Modelo Integral de Atención en Salud - MAIS*. Quito.
- Ministerio de salud Pública. (2013). *Proyecto de Tamizaje metabólico neonatal*. Quito.
- Ministerio de Salud Pública. (2014). *PASSE, Construyamos el Hábitat Familiar Saludable: Guía de implementación de Tecnologías Apropriadas, Ecuador*.
- Ministerio de Salud Pública. (2015). *Curso de Epidemiología en Acción. Módulo 3, Diseño de Programas de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades*.

- Ministerio de Salud Pública. (2016). Recuperado el 20 de Septiembre de 2017, de Ministerio de Salud Pública-Uruguay: <http://www.msp.gub.uy/noticia/planes-locales-de-salud>
- Ministerio de Salud Pública. (2016). *MAIS*. Quito.
- Ministerio de salud Pública. (2017). *Manual de procedimientos para la prevención y control de la tuberculosis*. Quito.
- Ministerio de salud pública. (2017). *Prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la tuberculosis*.
- Ministry of Health and Long-Term Care. (2017). *Standards for Public Health Programs and Services*. Population and Public Health Division, Ministry of Health and Long-Term Care, Ontario.
- Moher, D., Schulz, K., & Altman, D. (2001). The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomized trials. . *Ann Intern Med* .
- Mosquera, M. (2003). Recuperado el 17 de octubre de 2017, de <http://www.commimit.com/la/lasth/sld2915.html>: <http://www.commimit.com>
- MSP . (2010). *Norma Modelo de Atención Integral en Salud SEPSS*.
- MSP. (17 de Septiembre de 2002). <http://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/10/ley-sis-nac-salud.pdf>. Obtenido de <http://www.todaunavida.gob.ec/>
- MSP. (2014). Recuperado el 23 de Septiembre de 2017, de Ministerio de Salud Publica-Ecuador: [https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguimiento/730/an%C3%81lisis_situacional_integral_de_salud_final_\(3_09_14\).pdf](https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguimiento/730/an%C3%81lisis_situacional_integral_de_salud_final_(3_09_14).pdf)
- MSP. (2014). *INSTRUCTIVO PARA LA ELABORACION DEL*. Obtenido de [https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguimiento/730/an%C3%81lisis_situacional_integral_de_salud_final_\(3_09_14\).pdf](https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguimiento/730/an%C3%81lisis_situacional_integral_de_salud_final_(3_09_14).pdf)
- MSP. (2015). *Manual de Organización de las áreas de salud*.
- MSP. (s.f.). *MSP*. Recuperado el 26 de Septiembre de 2017, de Ministerio de Salud Pública : <http://www.salud.gob.ec/programas-del-ministerio-de-salud-publica/>
- MSP, OPS, & Unicef. (2005). *Manual de normas Técnico-Administrativas, Métodos y procedimientos de vacunación y vigilancia Epidemiológica del Programa Ampliado de Inmunización* . Quito : Nuevo Arte .
- North Carolina Public Health (NCPH) . (2016). Recuperado el 9 de Octubre de 2017, de About Us: Mission and Core Functions: <http://publichealth.nc.gov/mission.htm>
- OMS, OPS, & MSP. (2017). *Evaluación de la estrategia nacional de inmunización* . Quito .
- OPS/OMS. (2012). Recuperado el 22 de Noviembre de 2017, de Sistema de Salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategia para el desarrollo de los equipos de APS: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/Prescri%C3%A7%C3%A3o/ORGANIZA%C3%87%C3%83O%20PAN->

- OPS/OMS. (2013). Recuperado el 2018, de Atención Primaria en Salud:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=389&Itemid=40976&lang=es
- Organización Mundial de la Salud. (1997). *Declaración de Yakarta sobre la promoción de la Salud en el siglo XXI*. Recuperado el 3 de Noviembre de 2017, de www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/yakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf: www.who.int
- Ordaz, D., & Saldaña, G. (2006). *Eudmet.net*. Obtenido de <http://www.eumed.net/libros-gratis/2006b/voz/1a.htm>
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud. En O. P. Salud, *Serie la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. No. 2* (pág. 78). Washington D.C: ISBN 978 92 75 32938 2.
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS*. Washington, D.C: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2016). *La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador*.
- Organización Panamericana de la Salud. (2016). *La equidad en la mira: La salud pública en Ecuador durante las últimas décadas*.
- Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS. (2017). Los modelos de atención a la salud. En F. Sacoto, *La equidad en la mira: La salud pública en Ecuador durante las últimas décadas* (págs. 317-327).
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. (2017). *Renovación de la Atención primaria de salud*. OPM/OMS/ Washington D.C.
- Organization, P. A. (1978). *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Union de Repùblicas Socialistas Sovieticas.
- Oxford University. (2017). *Oxford University Press*. Recuperado el 27 de Septiembre de 2017, de <https://es.oxforddictionaries.com/definicion/politica>
- Paredes, V. (1963). *Historia de la Medicina en el Ecuador*. Quito: Casa de la Cultura Ecuatoriana.
- Pareja, A. (1974). *Historia de la República*. Guayaquil: Cromograf.
- Pedrero, M. B. (2015). *Administración de los servicios de enfermería* (Séptima ed.). (J. d. Fraga, Ed.) México: Mc Graw Hill.
- PEDRERO, M. D. (2015). *ADMINISTRACION DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA* (sexta ed.). (H. F. Aguilar, Ed.) MEXICO: Javier de Leòn Fragas.
- Pérez, J., & Gardey, A. (2012). Recuperado el 29 de Septiembre de 2017, de (<https://definicion.de/programa-de-salud/>)
- Perez, J., & Merino, M. (2009). *Definición*. Obtenido de <https://definicion.de/plan/>

- Pozo, J. S. (2018). *Comunitaria*. (<https://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/>, Ed.) Madrid: Ediciones Salud Pública y otras dudas.
- Pública, M. d. (2013). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Salud Pública, Quito.
- Pública, M. d. (2013). *Reglamento Sanitario del Etiquetado de Alimentos Procesados para el Consumo Humano*. Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Salud Pública, Quito.
- Pública, M. d. (2016). *Rendición de cuentas 2016*. Ministerio de Salud Pública, Planificación, Quito.
- Pública, M. d. (2017). *Guía de práctica clínica diabetes mellitus dos*. Quito: Ministerio de Salud Pública.
- Rezabal, J. (2015). Recuperado el 15 de agosto de 2017, de Runachayecuador.com/refcale/index.php/refcale/article/view/60: Runachayecuador.com
- Rodríguez, S. H. (2006). *Introducción a la Administración* (Cuarta ed.). (S. ...-H. EDITORES, Ed.) México, D.F.: MCGRAW-HILL/INTERAMERICANA.
- Röhrig, B., & Du Pre, J.-B. W. (2009). Types of Study in Medical Research. *Dtsch Arztebl Int*.
- Rothman, K., Greenland, S., & Lash, T. (2008). Modern Epidemiology. Types of epidemiologic studies. . *LIPPINCOTT Williams & Wilkins*; , 3rd Edition.
- Rothman, K., Greenland, S., & Lash, T. (2008). Modern Epidemiology. Types of epidemiologic studies: clinical trials. *LIPPINCOTT Williams & Wilkins*(3rd edition).
- (s/f). Recuperado el 23 de Septiembre de 2017, de Bantaba: http://www.bantaba.ehu.es/formarse/ficheros/view/Proyectos_de_salud.pdf?revision_id=65808&package_id=65709
- Samaniego, J. J. (1957). *Cronología Médica Ecuatoriana*. . Quito: Casa de la Cultura.
- Schäfer, H., Berger, J., & Biebler, K.-E. (1999). Empfehlungen für die Erstellung von Studienprotokollen (Studienplänen) für klinische Studien. . *Informatik, Biometrie und Epidemiologie in Medizin und Biologie*.
- Schumacher, M., & Schulgen, G. (2007). Methodik klinischer Studien. . *Springer*.
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES). (2013). Recuperado el 27 de Septiembre de 2017, de Buen Vivir Plan Nacional 2013-2017: <http://www.buenvivir.gob.ec>
- Segura, J. (6 de Septiembre de 2009). *Salud pública y algo más*. Recuperado el 2 de Octubre de 2017, de http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2009/09/06/124374#_ftnref1
- SEMPLADES. (2013). *Plan Nacional del Buen Vivir*. Quito.
- Serrano, A. t. (2012). Estandares de un sistema de garantía de la calidad en Salud. En A. t. Serrano, & E. d. U (Ed.), *Garantías de Calidad en Salud* (pág. 86). Bogota, Colombia: Editorial buena semilla.
- Sistema Nacional de Salud de España. (2013). Estrategia de APS. En C. Territorial. Madrid.

- Teseopress. (2017). Recuperado el Diciembre de 2017, de Enfermería y Educación: <https://www.teseopress.com/enfermeriayeducacion/chapter/capitulo-i-la-evolucion-de-la-enfermeria/>
- Toro L. (2015). *Importancia del trabajo en equipo en las organizaciones actuales*. Trabajo final, Universidad Nueva Granada, investigación de la Universidad Militar Nueva Granada, Bogota.
- Torres Esperón Maricela, C. D. (Agosto de 2005). Funciones de Enfermería en la atención primaria en Salud. *Scielo-Revista Cubana de Medicina general integral*, 21(3).
- Torres M, D. C. (Agosto de 2005). Funciones de Enfermería en la atención primaria en Salud. *Scielo-Revista Cubana de Medicina general integral*, 21(3).
- Triana, M. (2017). Recuperado el 15 de octubre de 2017, de <https://doi.org/10.1544c/av.enferm.v5n2.66941>: <https://doi.org>
- Universidad del Nordeste- Facultad de Medicina. (2013). Recuperado el 30 de Septiembre de 2017, de Universidad del Nordeste- Facultad de Medicina: https://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/aps/participacion_comunitaria.pdf
- Walsh, J., & Warren, K. (1979). Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. . *N Engl J Med*. (201).
- WHO. (2008). *World Health Report*. . Geneva .
- World Health Organization. (2000). *The world health report 2000: health systems: improving performance*. World Health Organization. Obtenido de World Health Organization: Geneva ;
- World Health Organization. (2006). *The World Health Report 2006 - Working together for health*. . Geneva: World Health Organization, Geneva. Obtenido de The World Health Report 2006 - Working together for health. Geneva: World Health Organization; 2006 (<http://www>).
- World Health Organization. (2008). *Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization. (2008.). *Global Assessment of National Health Sector Emergency Preparedness and Response*. . World Health Organization. Obtenido de Global Assessment of National Health Sector Emergency Preparedness and Response. Geneva: World Health.
- World Health Organization. (2013). Recuperado el 9 de Octubre de 2017, de Health in all policies: <http://archive.is/20130704022147/www.healthpromotion2013.org/health-promotion/health-in-all-policies>
- World Health Organization. (2016). Recuperado el 9 de Octubre de 2017, de World Health Organization: <http://www.who.int/healthsystems/en/>
- World Health Organization. (2016). Recuperado el 9 de Octubre de 2017, de World Health Organization: (http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/en/

- World Health Organization. (2016). *Classifications of diseases* . World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization. (2016). *Health systems – health workforce*. World Health Organization;, Geneva.
- World Health Organization. (4 de Septiembre de 2017). *World Health Organization*.
Obtenido de <http://www.who.int/es/>
- World Health Organization. (1978). The Alma Ata Conference on Primary Health Care. . *WHO Chronicle*. (32).
- World Health Organization. (1986). Ottawa charter for health promotion. *Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique*. .
- World Health Organization;. (2016). Recuperado el 9 de Octubre de 2017, de Risk factors : http://www.who.int/topics/risk_factors/en/
- World Health Organization;. (2016). Recuperado el 9 de Octubre de 2017, de Nutrition : <http://www.who.int/topics/nutrition/en/>
- World Health Organization;. (2016). Recuperado el 9 de Octubre de 2017, de Public health legislation: <http://www.who.int/topics/legislation/en/>
- Yagua, F. (2016). Recuperado el 31 de Enero de 2018, de Universidad de Falcón:
<http://files.franklin-yagua.webnode.com.ve/200000122-79dd47bd0d/Gu%C3%ADa%20de%20Estudio.%20La%20planificaci%C3%B3n.pdf>
- Zambrano Robert, S. M. (2017). *Modelo de atención alternativo para pacientes diabéticos e hipertensos*. Jipijapa: 3 ciencias.
- Zelen, M. (1974). The randomization and stratification of patients to clinical trials. *J Chronic Dis*. .

Capítulo IV

Intervención del enfermero en atención primaria de salud

Autores:

Yubagni Rezabala Villao, PhD.
Magali Sabando Mera. Mg.
Carmen Guaranguay Cháves. Mg.

**Facultad de Enfermería
Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí**

Lectura de reflexión

A los enfermeros en su día

Por: Carlos Azañero. 20 de septiembre de 2009

En cierta ocasión leí que: “prestar ayuda y cuidados a una persona, es estar eternamente al servicio de la humanidad”.

No sé si esto tiene algún significado para ti, lo que sí sé es que cuando yo me he sentido mal he valorado mucho a la persona que me ha dado una palabra de aliento o su simple compañía y al interpretar estos sentimientos, no tengo ninguna duda que esto es una realidad.

En los últimos años he tenido el privilegio de conocer ENFERMEROS solidarios que entran en mi vida en los momentos más inesperados, trayendo conocimientos, mensajes de optimismo, de calidad, de vida, de humor, de reflexión.

Estoy impresionado de conocer a muchos ENFERMEROS con disposición y disponibilidad para ser generosos, afectivos, prestando atención y cuidados a personas que no conocen y eso reconforta, ayuda e incentiva a dar lo mejor de uno al mundo.

Es cierto que a muchos no les gusta su estilo de vida, pero es porque no han descubierto la importancia de esta noble profesión y el valor que profesa el servicio que proveen.

Seguramente alguien dirá que cada enfermero puede ser sustituido por alguien más. Pero lo cierto es que nada sustituye la satisfacción de recibir un cuidado con calidez y calidad.

Al conversar con ENFERMEROS expresan: “nos gratifica el gesto de alegría, la sonrisa de las personas cuando su dolor se alivia y cuando nos dicen gracias, usted es oportuno y maravilloso...En otras ocasiones nos llaman ángeles. Entonces comprobamos que cada vez que prestamos nuestro cuidado a alguien nos humanizamos más”.

¿En qué profesión podrías gozar de este significativo privilegio?

La misión es ardua, tiene tensiones, pero con conocimientos habilidades, destrezas y valores, la profesión Enfermero promete un gran prestigio.

Objetivos de aprendizaje del capítulo 4

Al finalizar el cuarto capítulo del libro: “Atención Primaria de Salud”, los estudiantes estarán en capacidad de:

- e. Identificar el rol del enfermero en servicios de atención primaria de la salud.
- f. Caracterizar la situación de salud aplicando el proceso de enfermería para satisfacer las necesidades básicas de la persona, familia y organizaciones comunitarias.
- g. Establecer interrelación entre enfermeros, usuarios y comunidad a través de la comunicación oportuna y efectiva.
- h. Fomentar el trabajo en equipo para solucionar problemas y necesidades que demanda la sociedad actual.

Evaluación inicial diagnóstica

Responder a las siguientes interrogantes:

6. ¿Cuál es el rol del enfermero en atención primaria de salud?

7. Definir el proceso de atención de enfermería

8. Especificar ¿cómo se da, la interrelación entre enfermeros, usuarios y comunidad, aplicando la comunicación oportuna y efectiva?

9. ¿Describir la comunicación verbal y no verbal?

10. ¿Cuál es el nivel de responsabilidad y participación social del enfermero como miembro activo del equipo de salud en los escenarios de atención primaria?

Orientaciones metodológicas

El cuarto capítulo del libro de “Atención Primaria de Salud” presenta una orientación de la intervención enfermero con comunicación efectiva en los servicios de atención primaria de salud renovada, enfatizando en lo humanístico, atención integral de la persona, familia y colectivos que viven en comunidad. Los estudiantes deben hacer una lectura comprensiva de cada tema antes de clase, con el propósito de que los encuentros entre compañeros de clase y docentes se conviertan en espacios de análisis crítico, reflexión y debates en los cuales prime el respeto a la libertad de opiniones.

Los contenidos del capítulo están estructurados para ser desarrollados en cuatro semanas, proponiendo en cada semana de estudio, actividades presenciales y autónomas que consoliden los aprendizajes. Estas actividades están articuladas con docencia, investigación y vinculación con la sociedad. Al final del capítulo se propone una evaluación final.

4. Rol enfermero en atención primaria de salud

4.1. Origen del rol enfermero en atención primaria de salud

Existe un amplio consenso en considerar el nacimiento de la profesión de enfermería moderna del siglo XIX, de la mano de Florence Nightingale (Arratia A. , 2005) que abrió para enfermería nuevos horizontes basados, sobre todo, en una formación socio humanista, continua y sistematizada. El programa formativo incluye temas de prevención de enfermedades, atención del estado biopsicosocial, con énfasis en la salud mental de la persona sana o enferma y promoción de salud ambiental. Dicho programa proporciona atención a la higiene de la familia y educación sanitaria a los involucrados en el proceso de desarrollo de salud de la comunidad, evidenciada a través de los cuidados a niños, escolares, adolescentes, adultos jóvenes y adultos mayores.

La enfermería moderna concibe al profesional de enfermería como proveedor de cuidado en el ámbito hospitalario y comunitario, como promotor de la salud y consejero en la prevención de enfermedades.

Desde esta perspectiva, el enfermero tiene un papel relevante en el equipo de atención primaria de salud renovada. Con la Constitución del 2008 se ha visto reforzada con el incremento de recursos en enfermería y se ha puesto en marcha iniciativas y experiencias que se enfocan en la promoción de la responsabilidad social desde el ámbito universitario.

Con la participación de los graduados, miembros de los equipos de atención integral en los servicios de salud, se realizan acciones intra y extramurales, haciendo énfasis en protección, fomento de los derechos humanos y el abordaje de necesidades básicas, problemas prevalentes en madres adolescentes, niños menores de dos años, preescolar, escolar, adulto, adulto mayor y personas con capacidades especiales, grupos vulnerables de atención prioritaria que requieren servicios con calidad y calidez, todo ello a través del contexto de su rol profesional en las esferas de actuación como son los centros de atención primaria de salud,

especialmente en el domicilio y establecimientos educativos e instituciones que albergan a las personas sanas o enfermas en la comunidad.

Otro hecho interesante lo constituyen la realización de las consultas y visitas domiciliarias de promoción de la salud, seguimiento de la enfermedad acuerdo con la demanda de atención básica de enfermería que se ofrece a los usuarios con los Equipos de Atención Integral de Salud (EAIS) y tutoras académicas como una de las puertas de entrada y de vinculación con el sistema sanitario. Ante esta realidad, la enfermera debe disponer de decisiones económicas y capacidad resolutoria, esta vendría dada a través de la aplicación de protocolos, Ley de participación ética y ciudadana con la regulación del organismo rector MSP, de las profesiones del área de la salud, trabajo social, informática y otras disciplinas necesarias para cumplir su finalidad en el abordaje de los problemas de cuidados de la población, basadas en investigaciones y análisis de situación de los indicadores biológicos, sociodemográficos, ambientales y de prestación de servicios.

Definición del rol enfermero en atención primaria de salud

La definición de enfermería que establece el CIE (Consejo Internacional de Enfermería -2008) es: “La enfermería abarca cuidados, autónomos y en colaboración, de las personas de todas las edades, las familias, los grupos y las comunidades, sanas o enfermos, en todos los contextos”.

La enfermería incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el cuidado de los enfermos, con capacidades especiales. en etapa terminal. También son funciones de la enfermería la defensa y la promoción de un entorno seguro, la investigación, la participación en el establecimiento de la política de salud y la gestión del conocimiento para ofertar salud a los pacientes y de los sistemas de salud, y en la formación profesional.

Para referirse al rol del enfermero es necesario incursionar en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural del sistema ecuatoriano, basado en la participación social con renovada definición de la promoción de la salud. En este contexto la atención del enfermero abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades,

familia, grupos y comunidades sanos y enfermos y en todas las circunstancias. El MAIS-FCI comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención a personas con capacidades especiales y en terminal de su enfermedad.

La atención primaria se define como la práctica unificada de la atención dirigida a la persona y familia a fin de mejorar la salud de la comunidad como un todo. Para desarrollar esta práctica es necesario que converjan:

1. Un servicio de atención primaria con características de accesibilidad, globalidad, continuidad de la atención, coordinación con responsabilidad ética y participación ciudadana y de otros sectores involucrados en la salud de la comunidad.
2. Un interés y compromiso de los estudiantes para investigar y solucionar con trabajo de equipos desde nivel básico, práctica pre profesionales hasta titulación en ampliar la práctica investigativa, clínica y epidemiológica en la atención de los grupos de atención prioritaria de la comunidad.
3. Una focalización de la atención sobre la comunidad en su conjunto, identificando las necesidades de la población, planificando los servicios y evaluando los efectos de la atención prestada. Para ello se necesita una comunidad organizada, definida, el uso complementario de las habilidades para la intervención clínica y epidemiológica, el trabajo por programas de salud y desarrollo comunitario con participación de la comunidad constituyen las bases sobre las que se desarrolla el proceso metodológico.

En este sentido se aplica una metodología con fases bien definidas: examen preliminar de la comunidad, priorizar uno o más problemas de salud del diagnóstico comunitario que permitirá intervenir adecuadamente, como, cuando y en quien incidimos, mediante una programación y ejecución de intervenciones. Se hace un seguimiento y evaluación continua y sistemática para difundir los resultados alcanzados y de esta manera reiniciar el proceso cíclico de los proyectos de atención primaria.

La atención primaria participa en “la capacitación de las personas, familia y comunidad para cuidarse de sí misma” (Franco-Giraldo, 2015) previniendo la enfermedad en un entorno seguro.

Los cuidados a la persona han evolucionado debido al desarrollo científico tecnológico de la profesión, el campo de la atención primaria y comunitaria; así como también la incorporación a la práctica diaria de “una metodología del cuidado sustentada en taxonomías como: NANDA, NOC, NIC” y el establecimiento de una “Valoración por patrones funcionales de salud” (Espinoza Uriostegui Adrian, 2016) que permiten acercarse a una mirada integral de las necesidades de los cuidados a las personas, familia y entorno.

Las funciones enfermero en la atención primaria, se basan en las competencias propias de la profesión y se alianza con aquellas funciones definidas por los ejes que fundamentan el cuidado de la salud, considerando el comportamiento epidemiológico y demográfico. Desde esta perspectiva, su papel es aportar con conocimientos, ético y de solidaridad humana entendidos como acciones intencionadas a mantener la vida, la salud y el bienestar, identificando la capacidad de respuesta humana de las personas y colectivos.

4.2. Proveedora de cuidado en el marco de la atención primaria integral y comunitaria que incluye promoción, protección, recuperación, rehabilitación de la salud y la prevención de la enfermedad

Escenarios de la atención clínica asistencial

Atención personificada. Reconociendo el carácter multidimensional de la persona, cuyo desarrollo y necesidades de salud no se relacionan solamente con las condiciones biológicas, si no con el sistema de relaciones emocionales, espirituales, sociales, culturales, ambientales que son procesadas a nivel individual, generando elementos de riesgo para la salud y su vida.

La atención integral individual se orienta a promover una cultura que incluye práctica de autocuidado de la salud, de atención a las necesidades específicas en cada momento de su ciclo vital, de estilo de vida, garantizando continuidad para la recuperación de la salud en caso de enfermedad, rehabilitación de la funcionalidad y cuidados paliativos, cuando ya la condición sea terminal.

La atención personificada debe basarse en el respeto, reconocimiento tanto del equipo de salud, persona como también sus derechos y responsabilidades en salud que debe ser un espacio interactivo y de aprendizaje mutuo.

Atención personalizada en centros y domicilios

La **atención a domicilio** es ejercida por profesionales del equipo de salud a un integrante de la familia en su propio hogar, con el fin de brindar apoyo, diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación; este tipo de atención está centrada en el proceso de atención de enfermería en forma integral, que incluye el cuidado preventivo, paliativo de alivio del dolor, actividad que se desarrolla actualmente en la atención primaria, así como la atención a postrados. Estas acciones se realizan a partir de una evaluación previa y un plan de atención que debe ser negociado, con consentimiento informado y concordado con la familia, o sea no impuesto por el equipo de salud.

La atención primaria en salud renovada abarca la participación multisectorial, de sectores públicos y privados. Se ha definido la consulta de enfermería de diversas formas, en función de su aplicación en diferentes ámbitos, sin embargo, existen cuatro aspectos esenciales que caracterizan la consulta de enfermería en atención primaria:

- ✓ Se realiza por un profesional de enfermería
- ✓ Se atiende a población sana y población con problemas de salud
- ✓ Existe relación y atención directa con el usuario
- ✓ Se utiliza la historia clínica informatizada del paciente como sistema de registro

Según la forma de acceso empleado por el ciudadano, se establece la consulta de enfermería a demanda en el centro o en el domicilio y la consulta de enfermería concertada en el centro o en el domicilio. Además, se debe tener en cuenta que la presencia de nuevas tecnologías permiten la accesibilidad a la consulta a través de otras vías de comunicación como el teléfono e Internet, que permiten el acceso a

otros tipos de consulta directa, como la consulta de enfermería telefónica, cuyo desarrollo debe ser protocolizado.

Educación para la salud a grupos

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió en 1983 la Educación para la Salud como cualquier combinación de actividades informativas y educativas que llevan a una situación en la que la persona desee vivir sana, sepa cómo alcanzar la salud, haga lo que pueda individual y colectivamente para mantenerse en salud y busque ayuda cuando la necesite.

Diferentes organismos abogan por la educación sanitaria como herramienta de salud. La OMS plantea en el ámbito del sistema sanitario la necesidad emergente de la educación sanitaria en Atención Primaria de Salud con clarificación de valores y principios éticos (APS-r).

Dado su carácter de espacio privilegiado en la IV Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud “Guiando la Promoción de salud hacia el siglo XXI” (Yakarta, 1997) se refuerza el papel de la Atención Primaria en la Promoción de la Salud (explicitando el papel que juegan los profesionales de atención primaria mediante la educación para la salud de los usuarios y la abogacía por la salud en beneficio de la comunidad), al plantearse en su declaración que: “Existe un amplio campo para la promoción de salud tanto planificada como espontánea a través del contacto diario entre el personal de atención primaria y los individuos de la comunidad”. (Arribas Antonio Cacha, 2009)

Educar es más que informar, pues no se trata sólo de aportar conocimientos que, aunque son útiles a la educación. Cada persona dispone de sus propios recursos, en el área del conocimiento, y en las áreas emocionales y de las habilidades. La educación socio sanitaria, mediante el aprendizaje significativo permite que la persona aprenda desde sus vivencias y conocimientos previos, de modo que podrán desarrollar capacidades que les permitan modificar los comportamientos y estilos de vida saludables propuestos.

No se trata tampoco de “obligar” utilizando el miedo o la imposición, ni de “persuadir”, sino de “motivar”, de facilitar el desarrollo personal para que las

personas tomen decisiones de forma consciente y con autonomía sobre su propia salud.

La característica fundamental es enseñar a pensar y aprender desde la experiencia propia, teniendo en cuenta creencias, actitudes, valores y habilidades. Esto requiere la conquista de la autonomía que es una de las finalidades de la educación para la salud.

La educación socio sanitaria desarrolla en definitiva, personas capaces de vivir con salud y se configura como una de las principales estrategias para conseguir que las personas adquieran un compromiso con su salud y puedan dirigir sus propios cuidados de higiene personal y del entorno ambiental.

La promoción del autocuidado es una estrategia necesaria para la búsqueda del bienestar integral en la vida cotidiana en función del desarrollo humano, es decir, reorientando la intervención enfermera, fundamentalmente en el cambio de las actitudes, sin olvidar el conocimiento y las habilidades que se reflejan en los comportamientos saludables.

Es en este terreno donde la Atención Primaria ocupa un lugar privilegiado para contribuir al cambio definitivo de la forma en que cada persona cuida de su salud y se compromete con ella, permitiendo el derecho a adoptar o a rechazar, medidas que eleven de forma progresiva su nivel de salud. Para ello el MSP cuenta con profesionales capacitados y habilitados para promocionar la salud y fomentar el autocuidado.

Por la importancia que tiene el fomento del autocuidado en la promoción de la salud, la enfermera tiene el papel principal en las actividades educativas sobre la base de las necesidades biopsicosociales, por cuanto el desarrollo del liderazgo no debe limitarse solo a los aspectos organizativos y de planificación estratégica de educación sanitaria a grupos, sino, sobre todo, en llevar a cabo la mayoría de las intervenciones educativas tanto individual como colectivo, ya que el fomento del autocuidado forma parte de la esencia de la disciplina y se constituye en marco conceptual fundamental para desarrollar el ámbito de salud comunitaria.

La enfermera cuenta, con conocimientos y bases teóricas que contemplan los valores y las creencias de las personas como imprescindibles para poder establecer una relación de ayuda que permita intervenir y, en este caso, educar.

Pero, sobre todo con intervenciones propias de su disciplina, que están específicamente definidas para la educación para la salud, puesto que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios en los estilos de vida

Participación Comunitaria

El trabajo en comunidad es una de las funciones sustantivas de los miembros del Equipo de atención primaria: tal como es el brindar apoyo a la población, desarrollando diversas actividades enfocadas a la promoción, prevención y mantenimiento de la salud de la persona, familia y comunidad.

En 1978, durante la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud que se llevó a efecto en Alma-Ata, se formalizó la definición de la participación de la comunidad como: el proceso en virtud del cual los individuos y la familia asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propio y los de la colectividad y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y comunitario. Así como la comunidad debe estar dispuesta a aprender, el sistema de salud tiene la función de explicar y asesorar, dar clara información sobre las consecuencias favorables y adversas de las aptitudes propuestas y de sus costes relativos.

Plan de Mejora de Atención Primaria recoge algunas líneas estratégicas en relación con la participación comunitaria, como es el estudio de fórmulas que promuevan la participación de los ciudadanos tanto a nivel local como institucional, y dentro del apartado para la “Elaboración e implantación de planes y programas especiales” la optimización de la coordinación para la Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad como actividades comunitarias”.

Se entiende por atención comunitaria aquella en la que el profesional sanitario, realiza o participa en el entorno ambiental de la comunidad que es objeto de su atención, y en la que, además, formando parte activa del proceso, encontramos a la administración pública y la población incluyendo colectivos y organizaciones,

clubes, comité. Comprende el conjunto de actividades a desarrollar en los diferentes ámbitos comunitarios con fines preventivos y de promoción de salud.

Esta actividad incluye funciones de:

- ✓ Análisis y planificación de la puesta en marcha de los programas, acciones y actividades relativas a la salud comunitaria. Esta función incluye la identificación de los recursos con que cuenta la comunidad correspondiente al área de salud u otros que se vienen de fuera y que coadyuvarán al desarrollo y logro de los programas y actividades planificados.
- ✓ Coordinación y colaboración con administraciones y grupos sociales o colectivos implicados.
- ✓ Seguimiento del desarrollo del proceso evaluación de la intervención, realizada en los programas de salud que se realizan en la comunidad.

Para ello es necesario:

- ✓ Identificar las características sociodemográficas y epidemiológicas de la población a atender, así como sus necesidades.
- ✓ Priorizar las necesidades detectadas.
- ✓ Fomentar la participación comunitaria.
- ✓ Atender a la población en su medio más cercano y habitual.

Debido a la importancia de la intervención en establecimientos educativos del nivel medio, escolar y superior que tiene dentro de las funciones, tareas científicas y de participación comunitaria, tanto en acciones de prevención primaria y secundaria con énfasis en enfoque de derechos, como en promoción de la salud y prevención de enfermedades prevalentes.

4.3. Docencia y transformación de los modos de vida saludable

Intervención en centros educativos

El enfermero tiene un papel importante en la participación educativa en establecimientos educativos, en colaboración con los docentes. Una primera función se refiere a la colaboración, apoyo y asesoramiento al personal docente en los temas sanitarios, elección de contenidos educativos y elaboración de proyectos de educación para la salud. En ella la enfermera trabaja colaborativamente con el profesorado del centro aportando sus conocimientos en materia de educación sanitaria, apoyándoles en aquellos temas o necesidades que se les puedan presentar en la elaboración de los temas de educación sanitaria dirigida al comité de padres de familia y estudiantes.

De igual modo en el caso de las actividades de educación para la salud realizadas en el centro, el hecho de que sea el enfermero sea quien lidere los equipos de atención primaria, no debe significar, que sea quien únicamente desempeñe esta actividad, pudiéndose beneficiar esta de la participación del resto de profesionales que componen los equipos de atención integral de salud (EAIS).

A esto se suma, la intervención directa en el aula, a través de programas elaborados por los profesionales sanitarios, con el apoyo y conocimiento del profesorado sobre campañas o temas de salud concretos, ya sea a petición de los centros educativos o como resultado de una necesidad sentida por los propios profesionales sanitarios en su contacto directo con niños y jóvenes, a través de su actividad asistencial diaria. Está quien formaría parte de la oferta de servicios de enfermería y por supuesto del equipo de atención primaria.

Una tercera que incluye las actividades realizadas con los padres de alumnos como continuación, apoyo y refuerzo de las intervenciones realizadas con estudiantes. Se desempeñan tareas de asesoramiento, formación y acompañamiento de dichos grupos, en función de sus características y objetivos.

La oferta de servicios se debe ajustar a las demandas del centro educativo y a las necesidades de la población escolar detectadas por los profesionales sanitarios.

Los principales temas sobre los que se orientan las intervenciones de investigación en el proceso de atención de enfermería son:

- ✓ Higiene y cuidados personales
- ✓ Salud bucodental
- ✓ Relaciones personales y humanas
- ✓ Alimentación y riesgos higiénicos sanitarios
- ✓ Seguridad y prevención de accidentes
- ✓ Prácticas de autocuidado seguro y responsable
- ✓ Prevención y control de enfermedades prevalentes
- ✓ Uso y abuso de medicamentos y drogas
- ✓ Educación para el consumo
- ✓ Vida familiar, autocuidado cuerpo y amor-educación sexual
- ✓ Participación ética y ciudadana. Valores solidaridad, empatía. afectividad
- ✓ Mecanismos de afrontamiento cotidiano
- ✓ Medio ambiente y Salud
- ✓ Servicios comunitarios de Salud
- ✓ Violencia intrafamiliar
- ✓ Fomento de salud y nutrición

4.4. Gestiones administrativas

Gestión de Casos

Este punto será desarrollado por el grupo que aborde la organización de servicios, pero es fundamental enseñar en este documento algunas pinceladas de especial interés.

Para contextualizar la gestión de casos hay que entender que el camino que un ciudadano debe recorrer dentro del sistema es complicado y posiblemente demasiado rápido para tomar decisiones con suficiente información comprendida. Esta situación requiere de una figura que acompañe en este complejo recorrido, y pueda ejercer “de bisagra” para armonizar la relación entre los ciudadanos y el

sistema, a fin de garantizar su derecho, no solo a la salud colectiva, sino a la salud propia y conscientemente decidida desde la autonomía.

La enfermería es la profesión fronterera, que está situada en la zona privilegiada del sistema sanitario, es decir aquella que se encuentra más próxima al paciente y su familia y que con conocimiento científico propio y como parte del sistema, es capaz de situarse al lado del paciente, adecuando la información y actuando en base a su esencia disciplinar que es el cuidado holístico e integral con los miembros de la familia y con óptimo desempeño del equipo de salud.

El gestor que lidera al equipo y donde el enfermero de atención primaria ocupa un lugar estratégico, planifica y coordina la globalidad de los cuidados que precisa el enfermo, y sus cuidadores, garantizando el nivel de calidad, con disminución de los costes derivados del cuidado desintegrado y fragmentado.

La gestión de casos puede definirse como la coordinación de los servicios que ayudan a las personas dependientes o en situación de vulnerabilidad, que actualmente se enfocan a los ancianos frágiles y otras personas con problemas funcionales y sus familias, a identificar y/ o proporcionar los servicios apropiados a cada individuo, al mismo tiempo que se controlan los costes de dichos servicios. (Arribas Antonio Cacha, 2009)

De aquí se deduce y afirma que el enfermero familiar y comunitario por su perfil, es la figura idónea para la gestión de casos, por su metodología de trabajo, formación socio sanitaria e integral en el cuidado de salud de las personas/ grupos de población y su cercanía y accesibilidad al paciente familia y capacidad de gestión, partiendo de la planificación estratégica a corto, medio y largo plazo.

4.5. Funciones de enfermería en el primer nivel de atención en salud

El potencial profesional de enfermería está dada por la capacidad de resolución de los enfermeros, en los problemas de cuidados de las personas, familia y organizaciones comunitarias donde aplican funciones de gestión, investigación, ejecución y autoevaluación de competencias genéricas y específicas, para lo cual se

requiere de metodologías estratégica e innovadoras que de impulso al trabajo organizado, colaborativo por parte de los servicio de salud para trabajar en una programación local participativa.

Las líneas estratégicas reflejadas en el plan de mejora de la atención primaria, están orientadas a la organización y gestión de los servicios, establecen como actuación prioritaria la “Promoción del rol de enfermería”, señalando al enfermero como elemento fundamental en el fomento del autocuidado (especialmente importante ante las necesidades surgidas al emerger la dependencia, desde la alteraciones de la salud con la cronicidad y en muchos casos concurrentes) y de la educación en estilos de vida saludable, así como a la prevención de enfermedades y capacidades especiales, debiendo el enfermero, disponer de una total autonomía a la hora de establecer su diagnóstico e intervención basadas en sus competencias profesionales.

Los factores que impulsan el papel del enfermero de atención primaria de salud son los siguientes:

- Gran variabilidad en la oferta de servicio.
- Voluntariedad de la enfermería para la realización de ciertas intervenciones.
- Inadecuada implicación en la atención de patología aguda, lo que supone potenciar la promoción del autocuidado.
- Existencia de discontinuidad de la atención con el médico, debido a la falta de claridad de las funciones de enfermería.
- Baja atención domiciliaria.
- Falta de claridad en la oferta de servicios de enfermería. Existencia de “divorcio” en la relación médico – enfermera.

La situación actual de la enfermería en los Equipos de Atención Primaria, establecen cinco líneas de trabajo que obedecen a la agrupación de los factores que influyen en el papel de enfermería:

- Competencias - funciones - oferta de servicios.

- Organización de los equipos de atención primaria:
- La adscripción de población del enfermero de forma regulada mediante identificación de indicadores biológicos, estilos de vida o socioeconómicos, higiénicos sanitarios y de prestación de servicios que valora la ficha familiar sociodemográfica y epidemiológica para el estudio de las personas, familias sanas y enfermas con el fin de iniciar una línea de base o pilotaje previo al consiguiente desarrollo y afinidad en la intervención de libre elección de la enfermera.
- La incorporación de la metodología del cuidado enfermero en la atención a la población enferma y en riesgo.
- La mejora de la capacidad resolutoria del enfermero de atención primaria.

Las funciones del equipo de atención primaria son:

La función asistencial: supone la atención coordinada de los distintos profesionales, dirigida a las personas, familia y la comunidad, sanos o enfermos, fundamentalmente mediante acciones de promoción y prevención, además de labores de tratamiento, rehabilitación y prolongación de la vida. Para ello existen programas de promoción de la salud tales como: atención integral del niño-a sano o enfermo, escolar, adulto mayor en los centros de atención primaria de salud, establecimientos educativos y en la familia a, personas y grupos de riesgos vulnerables a enfermedades prevalentes, crónicas, degenerativas entre otras.

La función docente: se dirige, en primer lugar, a la población, e incluye intervenciones de educación para la salud de la comunidad o de sus grupos. Se hace referencia también a la autoformación de todos los miembros del equipo.

La función gestión/administración: se refiere a la organización del centro, a la planificación y evaluación de las intervenciones y actividades y a la coordinación con otros niveles y zonas.

La función de investigación: esta dirigida a conocer la situación de salud de la comunidad, sus necesidades, estilos de vida, problemas de salud prioritarios entre otros: Esta función está poco desarrollada; el número de enfermeros que participan en proyectos de investigación o que lideran proyectos es muy bajo.

A través de la investigación se indaga el conocimiento en forma ordenada, coherente, sistemática, se reflexiona, analiza y confrontan los datos empíricos y el pensamiento abstracto, a fin de explicar los fenómenos de la naturaleza. La investigación en Enfermería se centra primordialmente en el desarrollo del conocimiento sobre la Enfermería y su ejercicio, incluida la atención a las personas sanas y enfermas. Esta formación va dirigida a la comprensión de los mecanismos fundamentales que afectan a la capacidad de las personas y las familias para mantener o incrementar una actividad óptima y minimizar los efectos negativos de la enfermedad.

La investigación en Enfermería proporciona las bases, es una guía para la práctica de la profesión, actualiza los conocimientos y busca las mejores respuestas. Es primordial la investigación en Enfermería porque asegura unas curas de calidad. También da mayor credibilidad y reconocimiento profesional. (Enfermería, 2014)

La función de investigación en Enfermería es de suma importancia para mejorar la atención en el cuidado de las personas, familia y entorno comunitario. En salud la investigación constituye la base de mejoramiento de la prestación de servicios a los pacientes y un elemento clave para evaluar resultados. Por lo tanto, la investigación es un elemento necesario que hay que poner en práctica como una de las funciones esenciales de todo el colectivo enfermero.

Funciones de Enfermería en el primer nivel de atención en salud

Gestión administrativa

- Planificar y controlar los cuidados de enfermería.
- Participar en el planeamiento de acciones interdisciplinarias e intersectoriales en los diferentes niveles de atención de salud.
- Asesorar en materia de planificación sanitaria en los ámbitos institucional, de servicio, municipal, provincial y nacional.
- Asesorar en materia de enfermería en los ámbitos institucional, de servicio, municipal, provincial y nacional.

- Administrar unidades o servicios de salud en los distintos niveles de atención.
- Dirigir el equipo de Enfermería en unidades de atención comunitaria.
- Diseñar, implementar y participar en programas de evaluación de la calidad de la actividad de enfermería y establecer estándares para su medición.
- Establecer políticas de atención, educación e investigación en enfermería.
- Velar por la organización de la estación de trabajo del personal de enfermería.
- Controlar y cumplir los principios de asepsia y antisepsia.
- Ejecutar y controlar el cumplimiento de los principios éticos y bioéticos.
- Desarrollar actividades administrativas en dependencia de la composición del equipo de trabajo de enfermería.
- Participar y/o dirigir las reuniones del servicio de enfermería que sean programadas según la pirámide del Equipo de Trabajo de Enfermería.
- Participar en las funciones técnicas administrativas y científicas de enfermería.
- Supervisar el área de desempeño de enfermería para mantener y mejorar los servicios. (Torres Esperón Maricela, 2005)

Asistenciales

- Formar parte del equipo inter-multidisciplinario e intersectorial que participa en el cuidado integral de las personas, las familias y las comunidades.
- Cuidar la salud de las personas en forma personalizada, integral y continua, respetando sus valores, costumbres y creencias.

- Participar en la confección, análisis y discusión de la situación de salud de su población, detectando grupos vulnerables, factores de riesgo e implementando acciones tendentes a su disminución y/o eliminación.
- Ejecutar acciones que den solución a los problemas de salud, identificados en el análisis de la situación de salud.
- Participar en los programas de vigilancia epidemiológica establecidos por el sistema nacional de salud.
- Ejecutar acciones comprendidas en los programas de salud que den solución a los problemas de su comunidad.
- Realizar y controlar el proceso de atención de enfermería, como método científico de la profesión.
- Registrar en la historia clínica toda la información disponible sobre los problemas identificados en los individuos, la familia y la comunidad.
- Valorar la información recogida para realizar acciones de enfermería, registrándolas en la historia clínica.
- Evaluar las respuestas de las personas, la familia o la comunidad al tratamiento y los cuidados de enfermería, registrarlos en la historia clínica.
- Ejecutar actividades de promoción y fomento de la salud a los individuos, la familia y la comunidad.
- Capacitar a las personas y la familia para que asuma conductas responsables en el cuidado de su salud.
- Actuar como asesor y consultor en materia de salud de los individuos, las familias y las comunidades.
- Ejecutar actividades de prevención y protección de las enfermedades a individuos, familias y comunidad.
- Ejecutar actividades de curación y cuidados paliativos al individuo.

- Ejecutar actividades de rehabilitación y reinserción social a individuos y familias.
- Ejecutar técnicas y procedimientos de enfermería en el ámbito de su competencia.
- Aplicar técnicas y procedimientos de la medicina alternativa en el ámbito de su competencia.
- Realizar acciones encaminadas a mantener la vigilancia en salud y control de enfermedades infecciosas a la población.
- Ejecutar acciones encaminadas al control del medio ambiente y al logro de un entorno saludable.
- Planificar y ejecutar acciones de enfermería en situaciones de emergencias y catástrofes.
- Fomentar la colaboración intersectorial y multidisciplinaria en la gestión de los cuidados de salud a la población.
- Detectar las necesidades educacionales y elaborar programas de educación para la salud, en la búsqueda del mejoramiento de la calidad de la vida.
- Capacitar a brigadistas sanitarias y grupos voluntarios para su participación en la promoción de salud.

Investigación:

- Realizar y participar en investigaciones en enfermería y otras áreas con el objetivo de contribuir al desarrollo profesional y al mejoramiento de la salud de la población.
- Divulgar y aplicar los resultados de las investigaciones, a fin de contribuir a mejorar la atención de salud, la atención de enfermería y el desarrollo profesional.

- Coordinar, controlar y participar en la ejecución de ensayos clínicos en centros de investigación.
- Integrar los consejos científicos en los diferentes niveles del Sistema nacional de Salud.

Docencia y transformación de los modos de vida saludable

- Diseñar, planificar y participar en programas de educación permanente para el personal de enfermería y otros profesionales de la salud.
- Planificar, ejecutar y controlar el proceso de enseñanza-aprendizaje en la formación del personal de enfermería.
- Asesorar en materia de planificación educacional en el ámbito municipal, provincial, nacional e internacional.
- Desempeñar funciones directivas y docentes en carreras y escuelas universitarias y no universitarias nacionales e internacionales.
- Integrar los tribunales de otorgamiento y ratificación de categoría docente.
- Desempeñar funciones metodológicas en instituciones docentes nacionales e internacionales.
- Coordinar cursos, estancias, pasantías, diplomados y maestrías, tanto nacionales, como internacionales.

Vinculación con la sociedad

La vinculación con la sociedad, entendida como una de las funciones sustantivas de la Universidad, desde nuestra perspectiva, constituye una herramienta política-académica que permite articular en la praxis la docencia y la investigación como funciones sustantivas de los Institutos de educación superior. (C, 2015)

Que interrelaciona de forma dialéctica, los saberes, de los distintos actores sociales de forma horizontal, como un ejercicio pleno de la democracia y de la autodeterminación de los pueblos. Pues, la Universidad, “No puede perdurar ajena

a la vida política de los pueblos, su misión primordial es formar generaciones creadoras, conscientes del papel histórico que les corresponde vivir, y servir a la democracia y la dignidad de los hombres”. (Armando, 1996). Relación que se fundamenta en el trabajo de equipo entre los involucrados en los programas y proyectos de atención primaria en salud, formadores de recursos universitarios y los actores sociales de acuerdo con las demandas de la sociedad, basados en principios éticos de participación ciudadana. Trabajo solidario, cooperativo, político, técnico y científico, pero fundamentalmente participativo, alejado del voluntarismo y el asistencialismo, mediante programas y proyectos socialmente consensuados en procura de transformar una realidad concreta.

Existe la necesidad imperiosa de integrar las funciones sustantivas de la universidad con las funciones esenciales de los profesionales en la atención primaria de salud renovada, lo cual exige, impulsar el fomento del autocuidado y la prevención de enfermedades prevalentes en grupo de atención prioritaria. Para dar solución a los problemas de la sociedad, desde los niveles de formación básica, práctica preprofesional y titulación. Los estudiantes aprenden investigando y solucionando problemas, articulan de forma dialéctica, aspectos psicosociales con una profunda convicción democrática, principios éticos, en forma participativa, lo que contribuye a mejorar las condiciones de vida de los grupos humanos en sectores más vulnerables de la sociedad. La atención de la salud en el primer nivel adquiere un rol protagónico, como responsable del abordaje integral a las familias y la comunidad, con una fuerte orientación preventiva. Esta atención concentra la complejidad socio-sanitaria, por cuanto le corresponde establecer la pertinencia, oportunidad y tipo de intervención o derivación de la gran gama de problemas biológicos, psicológicos y sociales que afectan a la población.

El desafío del cambio del modelo de atención es resolver los problemas de salud de las personas, potenciando la capacidad de estas de influir positivamente en su vida y su entorno. La salud de las personas está fuertemente relacionada, entre otros factores, a las condiciones socioeconómicas y a los estilos de vida. Esto se ve reflejado en el perfil de morbi-mortalidad de la población, que se observa al estudiar la distribución de las enfermedades y las causas de muerte.

La estructura y el funcionamiento del equipo de salud, va a estar influida por las características demográficas, epidemiológicas, culturales y económicas de la población a la cual está dirigida la atención.

En Ecuador existen condiciones favorables para el desarrollo de una red de servicios que garantice la universalidad de la atención a la salud.

El equipo de salud, en el ámbito comunitario, ha de asumir objetivos comunes, desarrollar actividades propias del primer nivel de atención, hacerlo desde una perspectiva interdisciplinaria, con un enfoque individual, familiar y comunitario, con énfasis en la prevención de la enfermedad y la promoción de salud, y constituirse en la puerta de entrada de la red asistencial.

En el ámbito sanitario, el trabajo del equipo de salud se emplea como la estrategia capaz de desarrollar una atención integral, creando espacios de construcción permanente que involucren a la comunidad en el proceso de atención, es una manera concreta de expresión local de hacer efectiva la participación y posibiliten el desarrollo de la salud individual y colectiva a través del esfuerzo positivo de toda la sociedad. El uso y la distribución del poder en el sector salud a nivel local necesario para la implementación de un cambio real, se expresa con el proceso de descentralización.

Equipo de salud en el ámbito comunitario

Existen evidencia internacional que demuestra que la forma más eficaz de atención en el primer nivel de salud es la realizada por un equipo de salud.

Los conceptos modernos de organización del trabajo están basados en la actividad de equipo. La complejidad científica y tecnológica de los procesos productivos y la necesaria optimización de su eficacia aconsejan la colaboración de distintas personas, en muchos casos de origen formativo y perfil profesional diferente.

4.6. Niveles de intervención en atención primaria de salud

En relación con las intervenciones de enfermería orientadas al apoyo de la persona en su adaptación a determinadas dificultades ocasionadas por un problema de

salud y la superación de estas y secuelas; el objetivo de este nivel consiste en la consecución de un grado de satisfacción óptimo de las necesidades personales básicas, a pesar de las limitaciones temporales o permanentes impuestas por el estado de salud.

En cualquiera de los niveles definidos, toda actuación profesional de enfermería debe basarse en un conjunto de pautas elementales, que constituyen un auténtico proceso, más o menos complejo, según las características de cada caso, pero siempre sometido a las reglas de un método concreto, que posibilite la adecuada formulación de los cuidados requeridos, su personalización y su correcta instauración. (enfermería, 2014)

La incorporación a la práctica diaria de una metodología del cuidado (implantada en otros países desde hace más de una veintena de años) sustentada en taxonomías tales como la NANDA, para los diagnósticos de enfermería, la NOC. Para las intervenciones de enfermería y la NIC, para los resultados, así como el establecimiento de una valoración por Patrones funcionales de Salud que permiten acercarse a una visión global de las necesidades de cuidados de los ciudadanos.

Esta clasificación se la realiza en base a los programas de salud esto es niño, adolescente, mujer, anciano y adulto en general. Además, se incorporan tres categorías más que son: crónicos, inmovilizados y terminales. (Girbes, Juan, Jose, & F, 2005)

Con esta clasificación se explican y entienden mejor los procesos de enfermería, tanto para los profesionales, como para la población y su interdependencia entre todos los procesos que se dan entre los distintos profesionales del equipo de salud.

Servicio equipo	Niveles intervención	Proceso enfermero	Diagnóstico enfermero	NOC NIC
Atención a problemas de salud crónicos	Promoción del autocuidado y adaptación (nivel III)	Adaptación a alteraciones visuales y auditivas	Trastorno de la percepción sensorial	Pendiente de desarrollar
		Adaptación a alteraciones bucodentales	Deterioro de la dentición y la mucosa oral	
		Adaptación a deterioros cognitivos	Deterioro de la memoria confusión crónica	
		Atención al cuidador y/o familia	Riesgo de cansancio en el desempeño del rol del cuidador	
	Atención a problemas de afrontamiento (nivel IV)	Atención a problemas de afrontamiento en las enfermedades crónicas	Deterioro de la adaptación Negación inefectiva Afrontamiento inefectivo	

La posibilidad de medición de resultados en función del diagnóstico enfermero y de sus criterios relacionados que posibilita la medición real de los problemas de cuidados de los ciudadanos y la efectividad del sistema sanitario para su resolución.

Por lo tanto, se debe atender a la población teniendo en cuenta los cambios en los patrones sociodemográficos como el incremento de niños con sobre peso, personas con problemas de salud crónicos, adultos mayores con desnutrición, dándoles continuidad en los cuidados después del alta hospitalaria en su domicilio.

Como también dificultades en la eliminación: incontinencia urinaria, estreñimiento. procesos de incomodidad e inseguridad: ansiedad, problemas de claudicación o de afrontamiento en la familia que requieren de apoyo desde el cuidado profesional.

Otras acciones de intervención involucran la prevención de accidentes, adecuación de la actividad física a las distintas situaciones vitales, como alteraciones del sueño, autocontrol, adherencia al tratamiento farmacológico, atención al duelo y a la desesperanza.

Es papel del enfermero, ante esta realidad social, es elevar el nivel de autocuidado, y de cuidado dependiente, de los ciudadanos, o compensar la deficiencia, entendiendo “autocuidado” como: todas las acciones que permiten al individuo mantener la vida, la salud y el bienestar, es decir, lo que la persona hace por y para sí misma.

La responsabilidad del profesional de enfermería sobre el autocuidado de la población se derivan las siguientes responsabilidades, que sitúan a la enfermera como garante de dicho autocuidado al ciudadano:

- ✓ Ayudar a la persona a alcanzar el máximo nivel de autocuidado posible, aumentando así la responsabilidad sobre su propia salud. Ayudar a la persona a superar sus limitaciones en el ejercicio del autocuidado o del cuidado a personas socialmente dependientes.
- ✓ Proporcionar, a las personas y/o grupos, asistencia directa en su autocuidado según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.
- ✓ Supervisar las acciones de cuidado para garantizar la seguridad.

- ✓ Sustituir al cuidador en las acciones de cuidado complejo en el periodo de aprendizaje de este y/o ante situaciones que supongan riesgo para las personas.
- ✓ Acompañar desde la presencia cuidadora en el proceso de salud y de la muerte.

Todo ello ha supuesto una evolución sustancial de la enfermera de Atención Primaria, que serán clasificadas siguiendo el siguiente esquema a fin de facilitar su desarrollo: Clínico–Asistencial: Promoción de cuidados, cuidados en prevención y cuidados en rehabilitación.

En los niveles de intervención de enfermería tenemos cuatro responsabilidades de los enfermeros respecto a su población para la resolución de sus problemas de salud que son:

4.7. Procedimientos técnicos básicos

NIVEL I

1. Procedimientos técnicos básicos

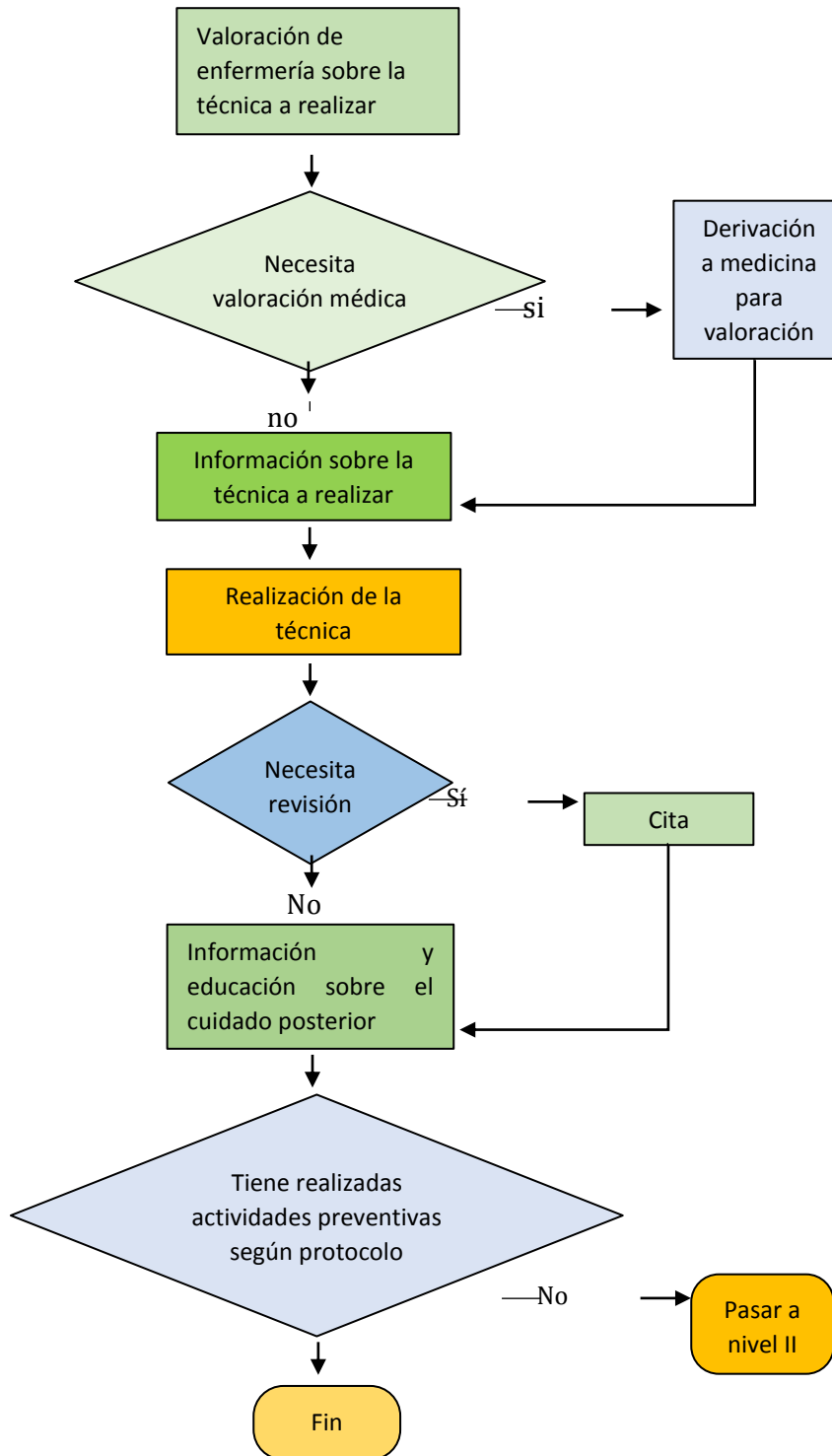
En este nivel de intervención, la tarea del enfermero se centra exclusivamente en la correcta realización de una técnica, incluyendo la información que se da sobre la necesidad y adecuación de esta, posibles efectos secundarios y/o cuidados.

Se entiende como procesos de enfermería aquellas acciones realizadas por un equipo de atención primaria en el que los enfermeros son responsables de asegurar el cumplimiento y la eficacia en los procedimientos básicos como:

- a) Tarea. Realizar una técnica del proceso enfermero para la determinación del diagnóstico o para la aplicación de un tratamiento dando a la persona que se le va a realizar la mejor información para el entendimiento del porqué del procedimiento, las actividades que se deben realizar y de su cuidado posterior si fuera necesario.

- b) Entrada. Persona que acude al enfermero, derivado por el médico o no para que se realice una prueba diagnóstica, la aplicación de un tratamiento o una cura.
- c) Secuencia de actividades.

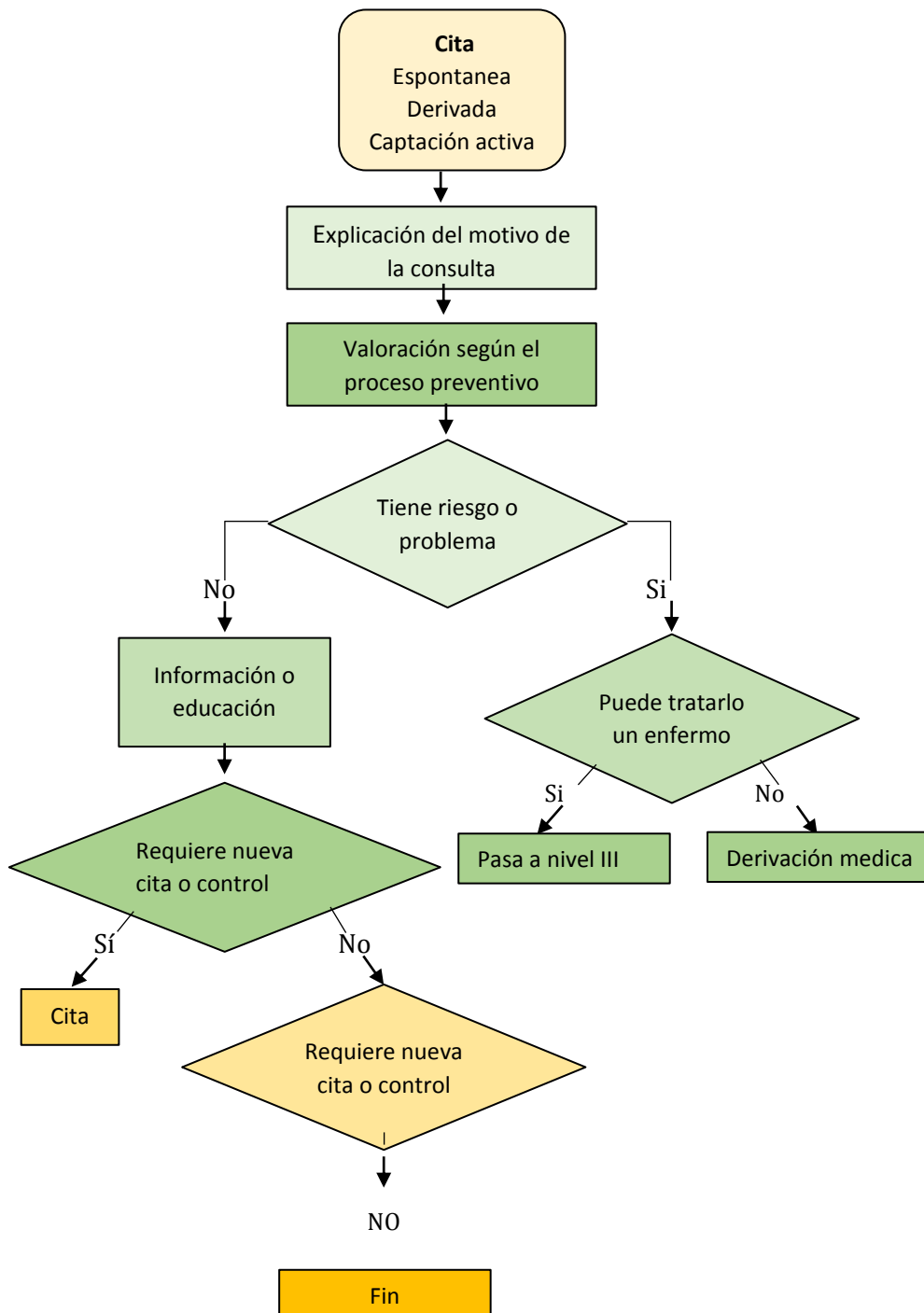
NIVEL I. procedimientos básicos técnicos



Conductas generadoras de salud/actividades preventivas

NIVEL II. La tarea del enfermero es fundamentalmente preventiva, el compromiso es realizar una serie de controles periódicos a personas sanas y a pacientes crónicos, para intentar detectar precozmente o evitar la aparición de un problema de salud.

- Tarea. Realizar la detección precoz de una enfermedad, factor de riesgo u otro problema de salud, dar la información y educación para evitar la aparición del problema y aplicar un cuidado específico preventivo, si procede.
- Ingreso. Persona que acude al enfermero, derivado por el médico, espontáneamente o por captación activa para la realización de actividades preventivas primarias (sanos) o secundarias (pacientes crónicos).
- Secuencia de actividades



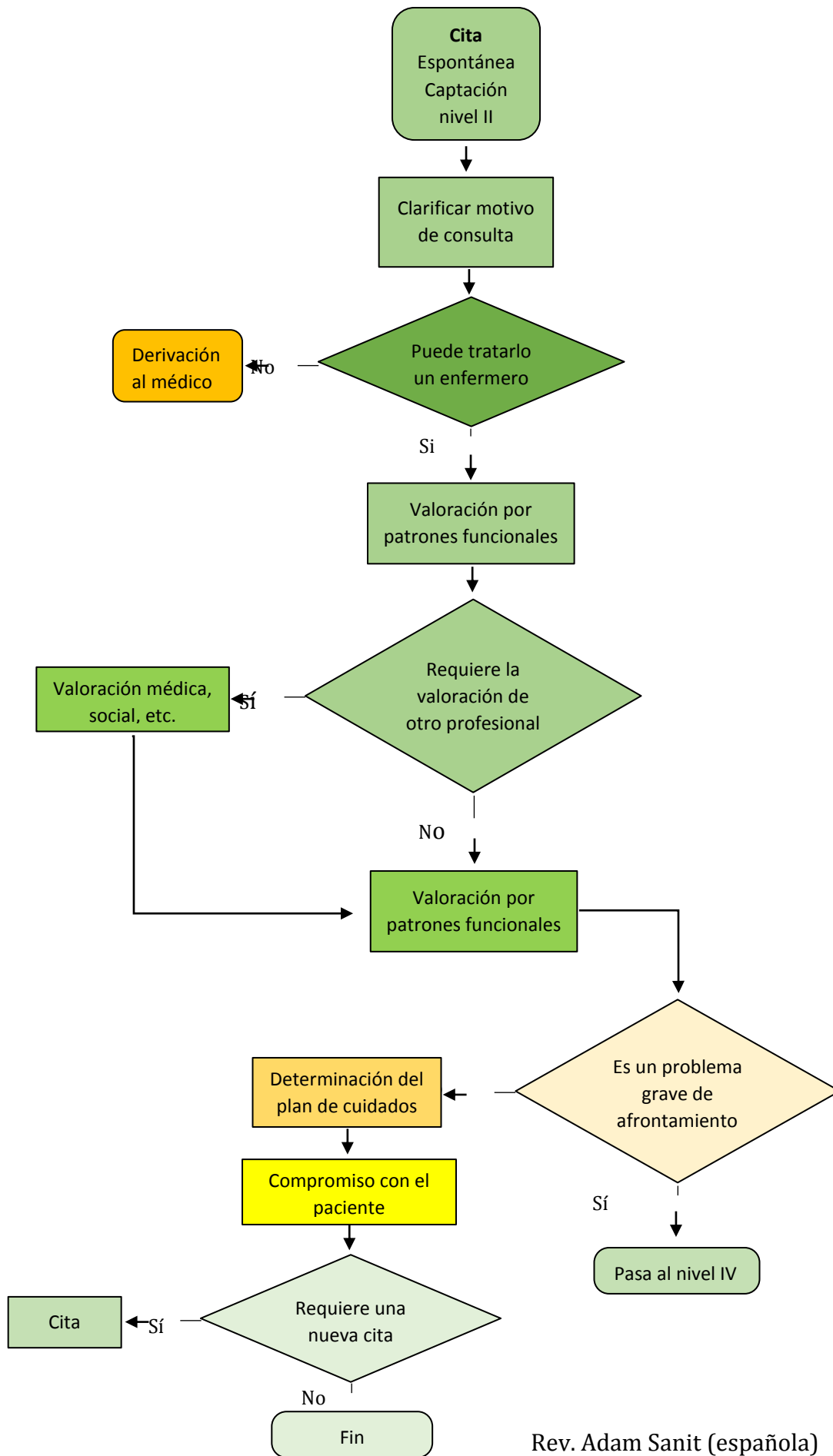
4.8. Promoción del autocuidado (identificación y tratamiento de las alteraciones de la respuesta humana)

NIVEL III

Promoción del autocuidado (identificación y tratamiento de las alteraciones de la respuesta humana)

La tarea del enfermero es abordar y resolver problemas que son de su competencia (ejemplo: como la incontinencia urinaria o estreñimiento o alteraciones de sueño, cáncer terminal) debe trabajar un proceso educativo individual y/o grupal para adaptar los individuos y familias, facilitando su correcto afrontamiento. Si las personas presentan graves problemas para un afrontamiento correcto (ejemplo: una negación de este), pasaría al servicio intervención IV.

- a) Tarea. Ayudar en el proceso de adaptación a los individuos y familias, facilitando su correcto afrontamiento.
- b) Ingreso. Persona que acude al enfermero, derivado por el médico, espontáneamente o por captación activa y que solicita ayuda o se muestra incapaz de abordar un problema de salud tanto se trate de procesos vitales, como de etapas del desarrollo, situaciones de desviación de la salud y/o procesos del morir.
- c) Secuencia de actividades



Rev. Adam Sanit (española)

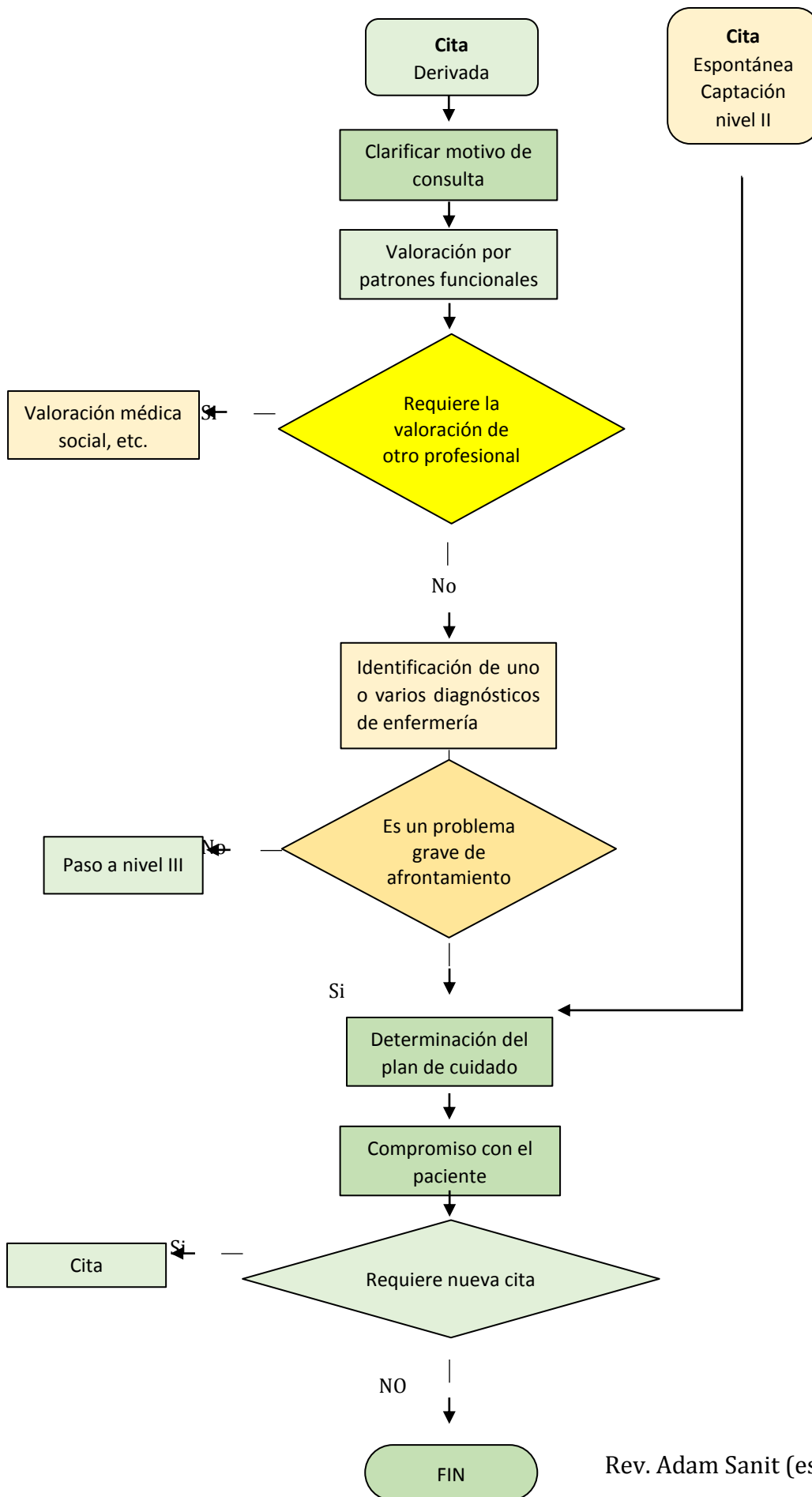
4.9. Seguimiento y control de problemas de afrontamiento y adaptación

NIVEL IV

Seguimiento y control de problemas de afrontamiento y adaptación

Se trata de abordar problemas y alteraciones de la respuesta humana graves o complejas, que requieren una metodología y un tiempo distinto y mayor que los anteriores. Son personas que niegan que están pasando por un determinado estadio, del trabajo, del duelo.

- a) Tarea. Ayudar en el proceso de adaptación a los individuos familias a un seguimiento, cuando los mecanismos de apoyo y afrontamiento se hayan fuertemente comprometidos.
- b) Entrada. Persona que acude al enfermero, derivado por el médico, espontáneamente o por captación en un nivel anterior, y que solicita ayuda o se muestra incapaz de afrontar un problema de salud, tanto se trate de procesos vitales, como de etapas del desarrollo, situaciones de desviación de la salud y/o procesos del morir, teniendo gravemente comprometidos sus mecanismos de apoyo y afrontamiento.
- c) Secuencia de actividades



Secuencia de actividades nivel IV

Todos los procesos deben revisarse a través de las historias clínicas, este modelo de procesos situó a la enfermera en el equipo de atención primaria en un lugar de alta responsabilidad y protagonismo en el cuidado de las personas que tiene asignadas; esto supone un cambio cultural hacia una profesión con mayor autonomía en la toma de decisiones e implicación en el proceso asistencial que se presta/ofrece al usuario.

Los médicos deben reconocer esas nuevas áreas de responsabilidad que complementan el servicio al usuario ya portan nuevos valores y soluciones a las demandas de salud de los ciudadanos; esto permite formar nuevos profesionales en estas herramientas y en valores que impulsen el cambio cultural. (enfermería, 2014)

Atención al alta hospitalaria

Continuidad de cuidados en el domicilio que se oferta por parte del médico general, pediatra y/o enfermera, a personas que tras cursar alta hospitalaria, se informa sobre las necesidades asistenciales de los mismos.

La continuidad de los cuidados es para personas que mantienen un nivel de dependencia tras el alta hospitalaria que precisa guía y orienta en los cuidados, o bien podrían generar un reingreso hospitalario o una utilización inadecuada de servicios de urgencia.

En esta continuidad de cuidados se incluye el contacto con el usuario o familiar, con la finalidad de conocer su situación y concertar una primera visita domiciliaria, con la siguiente metodología: tras la reunión con el usuario o familiar, se establecerá un plan de cuidados con visitas domiciliarias protocolizadas, según las necesidades de cada caso. (Andaluz, 2008)

Atención a personas inmovilizadas

Atención sanitaria que se presta en el domicilio del usuario, dirigida a personas que, independientemente de la causa, se encuentran en las siguientes situaciones por un tiempo previsiblemente superior a dos meses:

- Personas que se ven obligadas a pasar la mayor parte de su tiempo en cama y que solo pueden abandonarla con la ayuda de otras personas.
- Personas con una dificultad importante para desplazarse, que les impide salir de su domicilio, salvo casos excepcionales.

El objetivo en estos pacientes es favorecer la recuperación de la independencia en aquellas necesidades que conservan algún potencial reforzando y mejorando la fuerza, conocimiento o voluntad. En aquellas necesidades en las que no se pueda intervenir sobre las fuentes de dificultad, se adoptará un objetivo de suplencia, mediante la compensación de las limitaciones para el autocuidado, para permitirles vivir en las mejores con mejores condiciones posibles, de acuerdo con su edad y situación de salud.

Valoración.

La identificación de la necesidad de atención domiciliaria a cualquier persona puede ser indicada por la enfermera o el médico de familia. Puede suceder a partir de diversas fuentes y por diferentes caminos, que siempre conducen a una fase de valoración inicial de la población susceptible de recibir atención domiciliaria, que se subdivide en dos subprocesos: captación y primer contacto, valoración en el domicilio. PRICONTACTO

Objetivos

- Obtener información previa del paciente y su cuidadora acerca del nivel de autonomía, la disponibilidad de recursos y su manejo de la situación.
- Orientar la valoración focalizada presencial de la visita.
- Ofertar los servicios de atención domiciliaria a población susceptible.
- Determinar el periodo de demora para la primera visita.

Antes de realizar la primera visita, se recabará información clave sobre el paciente y su cuidadora, mediante:

- Consulta de Historia Clínica.
- Consulta con otros profesionales que hayan atendido al paciente.
- Llamada telefónica proactiva al domicilio del paciente.

Mediante esta intervención se analizan dos grandes áreas de información que condicionarán la toma inicial de decisiones de la enfermera: funcionalidad del paciente y nivel de autonomía para ello, se realizará una entrevista estructurada que explorará estas áreas apoyándose en la escala de Barthel; estimación cuantitativa de su grado de independencia permite detectar cambios, fácil de interpretar aplicación sencilla y adaptarla diferentes ámbitos culturales. (Claudia, Servando, & Alejanro, 2005).

ÍNDICE DE BARTHEL

Artículos	Incapaz de realizar una tarea	Procura, pero insegura	Moderada ayuda requerida	Ayuda mínima requerida	Completamente independiente
Higiene personal	0	1	3	4	5
Bañarse	0	1	3	4	5
Alimentación	0	2	5	8	10
Uso del baño	0	2	5	8	10
Escalera	0	2	5	8	10
vestirse	0	2	5	8	10
Control de esfínter intestinal	0	2	5	8	10
Control de esfínter vesical	0	2	5	8	10

Movilidad	0	3	8	12	15
Transferencia	0	3	8	12	15
Total					100

0 – 20: Dependencia total

21 – 60: Dependencia severa

61 – 90: Dependencia moderada

91 – 99: Dependencia escasa

100: Independencia.

Atención a personas en situación terminal

Atención sanitaria a domicilio que se oferta a las personas con enfermedad avanzada, progresiva e incurable, multisintomática, sin posibilidades razonables de respuesta a tratamiento específico y con un pronóstico de vida inferior a 6 meses. El objetivo en este grupo es el confort de los pacientes, favoreciendo el respecto a sus valores y voluntades. La atención debe ser integral, cubriendo los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales de la persona. Los instrumentos básicos son el control de síntomas, el soporte emocional y la comunicación.

COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Lectura de reflexión: la comunicación una vía para el cuidado seguro de la salud.

La profesión Enfermero tiene como base la gestión del cuidado, autónomo y en colaboración. Este cuidado se provee a todas las personas, familias, colectivos y comunidades en todos los momentos de su ciclo vital, en estado sano, enfermo o en la rehabilitación de la funcionalidad y en cualquier contexto.

Incluye la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y los cuidados a discapacitados y a las personas en estado terminal de la vida.

La promoción de la salud consiste en las acciones para mejorar la salud por parte de las personas, las familias y la comunidad asumiendo un mayor control sobre sí misma, con una participación social directa y sustentable. (Organización Mundial de la Salud, 1997)

La prevención en salud es el conjunto de actos y medidas que se ponen en marcha para reducir la aparición de los riesgos relacionados a enfermedades o a ciertos comportamientos nocivos para la salud. (Espinoza, 1998)

Ejercer el cuidado enfermero representa aplicar la base teórica valiéndose del “proceso de Enfermería como método” (Iyer, 1989). Esta práctica significa valorar, diagnosticar, planificar, intervenir y evaluar los problemas de salud.

Aplicar el proceso de enfermería requiere de conocimientos, actitudes y destrezas aplicadas con flexibilidad y creatividad, cualidades que se adquieren con estudios sistemáticos y vocación de servicio.

Este proceso de enfermería es de intercambio y comunicación con eficiencia, que no puede dejarse a las buenas intenciones, porque forma parte importante de la interacción. Por ello, el profesional enfermero, debe estar preparado en el uso de principios y técnicas de comunicación.

Estos principios y técnicas de comunicación deben ser aplicados de manera consciente en el desarrollo de relaciones terapéuticas o de trabajo.

El enfermero es quién pasa el mayor tiempo junto a los usuarios y sus familiares, de quienes obtiene información necesaria, para identificar problemas o necesidades de salud que deben ser modificados, para mejorar la calidad de vida.

Para comunicarse eficazmente una persona o un colectivo de personas, tiene que tratar de ver y sentir como la otra persona o colectivo de personas ve y siente. Esto no significa que las personas o los colectivos de personas siempre están de acuerdo, sino que entienden el punto de vista del otro.

Se escuchan uno a otro. Puede ser un líder con los miembros del equipo, un maestro con los alumnos de la escuela o un trabajador de la salud con los miembros de la comunidad, pero en todos los casos solo habrá buena comunicación si ambas partes se sienten cómodas, se escuchan y se entienden mutuamente.

La comunicación fallida puede originar problemas más serios y amenazar la credibilidad profesional.

DEFINICIÓN DE COMUNICACIÓN

El proceso comunicativo implica la emisión de señales, como: sonidos, gestos, señas, entre otros, con la intención de dar a conocer un mensaje.

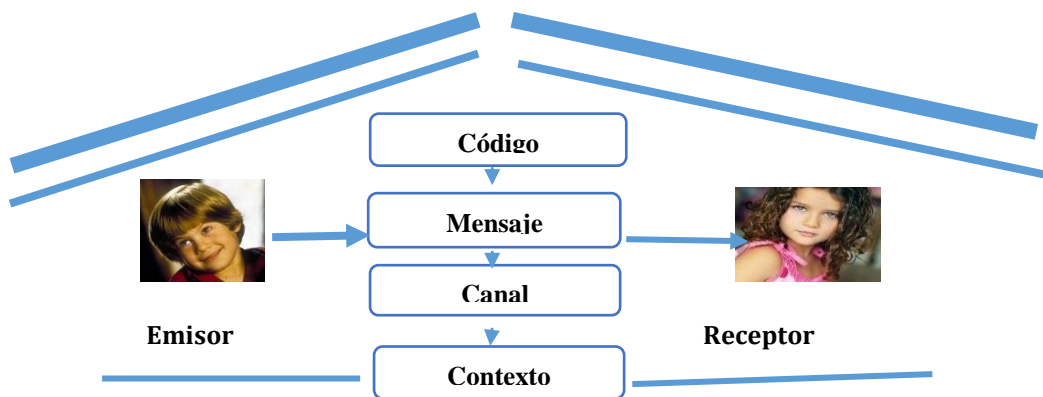
Cancio la define como “aquella que comprende lo gramatical, pero también actitudes, valores y motivaciones referentes a la lengua a sus rasgos y usos, e integra actitudes para interrelación de la lengua con otros códigos de la conducta comunicativa”. (Cancio, 1998)

Desde el enfoque pedagógico Rezabala concibe la competencia comunicativa “como la adecuada comunicación para desarrollar con efectividad la labor educativa, a partir de aspectos relacionados con la autoestima, responsabilidad y actitudes, tanto con los estudiantes como en el diálogo con los pacientes, favoreciendo la unidad de lo cognitivo y lo afectivo adecuado al contexto”. (Rezabal, 2015)

La comunicación es el acto por el cual un individuo establece con otro un contacto que le permite transmitir información y conocimientos. Esta información o mensaje puede ser verbal o no verbal.

En la comunicación intervienen diversos elementos que pueden facilitar o dificultar el proceso. Para que una persona comprenda el proceso de comunicación debe analizar los elementos de la comunicación.

Elementos del proceso de comunicación



En comunicación un mensaje es transmitido y recibido

Emisor: la persona (o personas) que emite (n) un mensaje.

Receptor: la persona (o personas) que recibe (n) el mensaje.

El código: toda comunicación involucra signos y códigos. Los signos son conceptos significativos. Los códigos son los sistemas de organización de los signos, reglas empleadas para enviar el mensaje.

Mensaje: Contenido de la información que se envía.

Canal: medio por el que se envía el mensaje

Contexto: situación en la que se produce la comunicación.

La comunicación puede ser afectada por el **ruido**, una perturbación que dificulta el normal desarrollo de la señal en el proceso, ejemplo de ello son: las distorsiones en el sonido, la afonía del hablante, la ortografía defectuosa, entre otros.

Niveles de comunicación

La comunicación se produce en los niveles intrapersonal, interpersonal y público.

1. La comunicación intrapersonal se produce en el interior de un individuo. Es el sistema mediante el cual los individuos elaboran internamente sus pensamientos para expresarse correctamente ante los demás.

El objetivo de la comunicación intrapersonal es conocerse a sí mismo, lo que depende del concepto de uno mismo y de los sentimientos de autoestima. Por ejemplo, cuando un profesional de enfermería entra en la habitación de un paciente y piensa “parece cómodo y me gustaría demostrarle que me preocupa su malestar.

2. La comunicación interpersonal: es la que se lleva a cabo entre personas y abarca desde que el hombre se expresaba por medio de gestos hasta el lenguaje articulado. Una comunicación interpersonal eficaz contribuye a la resolución de problemas, el intercambio de ideas, la toma de decisiones y el desarrollo personal.

La conducta no verbal en definida como todo movimiento o posición del rostro y/o cuerpo de una persona. El movimiento del cuerpo también es conocido como conducta kinésica, comprende cualquier movimiento corporal, de las extremidades, de las manos, la cabeza, los pies, las piernas, las expresiones faciales, la postura y cualquier gesto.

Existen diferentes tipos de conducta no verbal, algunas señales no verbales son muy específicas y otras más generales. Algunas tienen intención de comunicar, otras son solamente expresivas, algunas proporcionan información acerca de las emociones, mientras que otras dan a conocer rasgos de la personalidad o actitudes.

Todas estas conductas Roquet afirma (Gordillo, 2014) “que se clasifican en: emblemas, ilustradores, muestras de afecto, reguladores y adaptadores”.

- a) **Los emblemas.** Se definen como los actos no verbales que tienen una traducción verbal directa, compuesta habitualmente por una o dos palabras o quizás una frase.

Estas señales emblemáticas tienen un significado específico en los miembros de un grupo o una cultura. Sin embargo, es posible que dentro de una misma cultura haya grupos que utilicen emblemas que son utilizados como señales secretas o exclusivas del grupo.

Algunos de los ejemplos más conocidos y generalizados de los emblemas en varias culturas son: sí, no ahorcamiento, suicidio, apuñalamiento, comer, dormir, venir, detenerse, adiós, no lo sé, un momentito, silencio, siéntate, no te oigo, no veo, sígueme, ¿Qué hora es?, hace calor, hace frío, gracias, regreso luego, lo juro por Dios, tú, yo, entre otros.

Los emblemas son usados cuando los canales de la comunicación verbal o auditivo están bloqueados o interfieren ruidosamente dicha comunicación, ejemplo los códigos de sordos, los gestos que utilizan los jefes de piso en televisión, las señas que se hacen los buzos bajo el agua.

b) Los ilustradores. Son acciones no verbales que van directamente unidos al habla, ilustrando de alguna forma lo que se dice verbalmente. Son movimientos que acentúan o enfatizan una palabra o frase, esbozan una idea, señalan objetos presentes o representan una acción corporal.

Los ilustradores varían de acuerdo con el origen étnico o cultural de cada individuo.

c) Las manifestaciones de afecto. Están principalmente ligadas a las expresiones faciales, sin embargo, también el cuerpo puede ser considerado como un elemento más en dichas manifestaciones afectivas.

Se cree que las manifestaciones faciales de afecto están en alguna forma relacionadas con programas neurológicos exclusivos de la naturaleza humana. Las cejas arqueadas, arrugas alrededor de los ojos y de la nariz, la posición de la boca y labios, están ligados con la manifestación de siete estados afectivos primarios: felicidad, sorpresa, tristeza, temor, rabia, asco y desprecio.

Si bien los estados afectivos y los rasgos faciales son constantes en nuestra especie humana, muchos de ellos varían de acuerdo a las culturas, tal es el

caso de la inexpresividad de los orientales y el contraste expresivo de los latinoamericanos.

d) Los reguladores. Son las acciones o movimientos que mantienen y regulan la conversación de dos o más personas, indican al hablante que continúe, se apresure, se extienda en detalles, conceda la palabra, también desempeñan un papel importante en el inicio y final del diálogo.

Los reguladores se relacionan con el flujo de la conversación, es decir, el ritmo del intercambio. Por ejemplo, el regulador más usado es el gesto de asentamiento con la cabeza, que equivale a bien, claro, desde luego que sí.

Otro regulador importante en la conversación lo constituye el contacto visual que debe tener el que escucha en función de quién habla, pues si no es permanente, el que habla lo puede interpretar como desinterés.

e) Los adaptadores. Son los movimientos que se aprenden como parte de los esfuerzos adaptativos por satisfacer necesidades corporales, o por realizar acciones corporales y controlar emociones.

Son adaptaciones conductuales que ejecutamos respondiendo a ciertas situaciones de aprendizaje, por ejemplo, aprender a realizar alguna acción corporal o instrumental, a manejar las emociones propias, a satisfacer necesidades o llevarse bien con los demás.

Se cree que estas conductas se aprenden por primera vez en la infancia y cuando se llega a la adultez, se realizan sin que se tenga plena conciencia de ellas. Cuando se realizan estas acciones en una conversación social solo se percibe un fragmento de la conducta adaptativa original, que solo se mantiene por la fuerza del hábito, aunque ya no responde a situaciones específicas.

Mediante la comunicación interpersonal el enfermero entra en contacto con los pacientes, los familiares, con los médicos, con otros profesionales de enfermería y con otros prestadores de asistencia sanitaria para desarrollar estrategias que produzcan cambios positivos en el estado de salud del paciente.

3. La comunicación pública: es la interacción con grupos numerosos de individuos. Al profesional de enfermería se le presenta frecuentemente la oportunidad de hablar con grupos de pacientes o de usuarios sobre temas relacionados con la salud. En la comunicación pública se emplean técnicas especiales para transferir los mensajes con eficacia, como los ademanes y las inflexiones de la voz.

DEFINICIÓN DE COMUNICACIÓN EN SALUD

La definición en comunicación para la salud ha evolucionado. Este avance ha introducido cambios esenciales en la conceptualización y planeación utilizada en su desarrollo, los que actualmente son aplicados en la planeación de programas y campañas de comunicación.

Según la Organización Mundial de la Salud (Mosquera, 2003) la comunicación en salud abarca el estudio y el uso de estrategias de comunicación para informar e influenciar decisiones individuales y comunitarias que mejoren la salud.

Este tipo de comunicación es reconocida para mejorar la salud pública y contribuir en todos los aspectos de prevención de enfermedades, incluyendo las relaciones médico-paciente, la adherencia del individuo a recomendaciones clínicas y regímenes terapéuticos, la construcción de mensajes y campañas de salud pública.

La comunicación también facilita el intercambio de información con los miembros del equipo de salud, relacionada con la evolución clínica, resolución de problemas y la administración terapéutica que requieren los usuarios o pacientes, para mejorar la salud o para generar procesos de participación y movilización social.

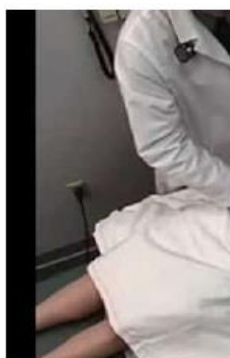
Las habilidades interpersonales son importantes a lo largo de todo el proceso de enfermería, tienen especial relevancia en la fase de valoración, para elaborar la historia de enfermería, aplicar y evaluar el proceso enfermero para ayudar a suplir necesidades de cuidado de cada ciudadano, como ser único e incorporarlo a su entorno, la familia y la comunidad.

En la prestación de servicios de salud de alta calidad la comunicación eficaz es esencial porque mejora: la satisfacción del individuo, su comprensión y su adherencia terapéutica.

La comunicación eficaz con el paciente además requiere aplicar un lenguaje claro, preciso y conciso, para evitar dificultades o confusión.

Ejemplo de comunicación entre un personal de salud y el usuario en lenguaje sencillo.

Todas las indicaciones parecen indicar que usted sufre una sensación desagradable que se manifiesta con molestia como pinchazo, ardor o dolor de barriga. Esta es una señal que algo no anda bien.



Eso es lo que quiero saber por qué me duele tanto mi panza

Jesús A. Custodio Marroquín

Rol del equipo de salud desde la dimensión comunicativa

Para dialogar sobre el rol del equipo de salud es necesario puntualizar ¿qué es el equipo de salud?

Se concibe como equipo de salud al conjunto organizado de personas con formación profesional o técnica diversa que labora en el nivel central, regional o local de una institución del sector.

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural define al **equipo** como un “grupo de personas que realizan diferentes aportaciones, con una metodología impartida, de cara a un objetivo común” (Ministerio de Salud Pública , 2012)

Cada miembro del equipo asume con claridad sus funciones, persiguen los mismos intereses y todos comparten la responsabilidad de los resultados.

Rol del equipo de salud: Entre las funciones del equipo de salud está el identificar de manera oportuna los problemas que afectan la salud, factores de riesgo y necesidades de cada uno de los miembros de las familias.

El propósito es brindarles atención integral, en una relación de ayuda, promoviendo el autocuidado y a través de la educación potenciar buenas prácticas de salud para preservar la vida. En este proceso la comunicación es un mecanismo muy importante para establecer buenas relaciones con la comunidad lo que facilitarían su participación.

Para que el enfermero pueda construir estas relaciones es necesario:

- a) Escuchar, aprender y entender
- b) Conversar, discutir y decidir
- c) Estimular, organizar y participar

a). Escuchar, aprender y entender: para trabajar con las personas y ayudarlas es esencial entender su forma de vida. Hay muchos detalles que aprender sobre la forma en que viven las personas y esto puede hacerse escuchando y observando.

Entre los elementos necesarios que deben estar presentes en la comunicación eficaz está la escucha activa, **escuchar activamente** es poner todos los medios a nuestro alcance para lograr entender lo que nos quieren decir mostrando interés ante la presencia del mensaje y una conducta de colaboración con el emisor en su tarea de comunicar.

Se considera un componente decisivo en el cuidado enfermero. “Se trata de un proceso activo y dinámico que se constituye como la base de las relaciones enfermera-paciente”. (Cortez, 2016)

La escucha activa, también es definida por algunos autores como terapéutica, empática u holística. Un enfermero que hace uso de esta técnica ha de tener habilidad de guardar silencio cuando sea preciso, ser respetuoso, evitando juzgar y

demostrar empatía y compasión por la persona con la que establece la relación de ayuda.

De este modo, lo que se conoce como **empatía**, se puede definir como “la capacidad de comprender las experiencias, preocupaciones y perspectivas de otra persona, sumado la capacidad de comunicar este entendimiento”. (Triana, 2017).

b). Conversar, discutir y decidir: conversar permite llevar a la comunidad a identificar sus problemas de salud, después de muchas conversaciones informales debería ser posible elaborar una lista de los principales problemas que preocupan a la comunidad y ponerlos en un orden de prioridades.

Las discusiones pueden ser tanto informales como formales. Las discusiones informales con las familias y personas en los mercados y tiendas indicarán que es lo que más les importa. Las discusiones informales con líderes, religiosos y otros colectivos darán más ideas.

En esta etapa podría celebrarse una reunión formal convocada por algún líder de la comunidad para tratar de decidir cuales problemas son los más importantes y qué se puede hacer al respecto. Antes de que se llegue a una clara decisión, es probable que sea necesario llevar a cabo otras reuniones.

En esta forma las familias y personas que forman la unidad de convivencia y la comunidad se ven estimuladas a participar en la solución de sus problemas de salud.

C). Estimular, organizar y participar: la motivación es un impulso interno que induce a una persona a actuar en cierta forma para sentirse a gusto consigo misma y con lo que hace de su vida, su talento y sus capacidades.

Entre los principales motivadores en el trabajo están: logros, reconocimientos, el trabajo en sí, responsabilidad, ascenso, la superación personal, entre otros.

Durante la intervención con usuarios o pacientes, los profesionales de enfermería deben realizar las siguientes actividades esenciales en la comunicación interpersonal:

1. Saludar a el/la paciente y su familia amablemente.
2. Asegurar un lugar que dé al usuario privacidad, comodidad, seguridad y tranquilidad.
3. Conversar cara a cara con el/la paciente.
4. Explicar a el/la paciente en que consiste la intervención profesional o el tratamiento especializado a realizar.
5. Explicar la importancia de su colaboración.
6. Pedir a el/la paciente que repita lo que acaba de escuchar.
7. Corregir mensajes que el/la paciente repitió incorrectamente.
8. Pedir el consentimiento de el/la paciente para tomar una acción.
9. Repetir las veces que sea necesario la información.
10. Proporcionar información sobre salud integral.
11. Elogiar a el/la paciente por haber acudido al servicio de salud.
12. Indicar fecha y hora de la próxima entrevista o visita.

Es necesario que los profesionales de salud sepan comunicarse con los pacientes o usuarios, para poder aliviar la ansiedad y obtener una mayor cooperación durante el tratamiento.

LA COMUNIDAD COMO ESCENARIO DE COMUNICACIÓN

La comunidad es el escenario inmediato donde se desarrolla la vida de las personas y las familias, así como también es el espacio donde interactúan y se procesan las condiciones sociales, económicas y ambientales generando potencialidades o riesgos para la salud. En este proceso, el diálogo y la acción colectiva trabajan en conjunto para producir cambios sociales que mejoren el estado de salud y de bienestar de todos los miembros de una comunidad.

El cambio social también implica la horizontalidad de la comunicación como papel fundamental para que la población adopte como suyos, los métodos y los estilos de vida necesarios para su sostenibilidad.

La familia como parte de la comunidad, supone ser la unidad nuclear de la sociedad. La enfermera puede pensar en la familia como en una serie de relaciones que el paciente identifica como familia o como una red de individuos que influyen

unos en las vidas de los otros. La familia constituye un espacio privilegiado para el cuidado de la salud.

- Organización y administración de reuniones. (proceso)
- Desarrollo comunitario.
- Participación comunitaria como estrategia (autodesarrollo)
- Impacto de la comunicación en la salud.

Bibliografía

(s.f.). Recuperado el Enero de 2018, de slideshare:

<https://es.slideshare.net/elianitatkmvv/atencion-primaria-de-salud-renovada>

World Health Organization. (2016). Recuperado el 9 de Octubre de 2017, de Occupational health: (http://www.who.int/topics/occupational_health/en/

2009, M. d. (2009). *Plan Nacional del Buen Vivir*. Quito: Ministerio de Planificaccion y Desarrollo Ecuador 2009.

2012, A. n. (2012). Ley Orgànica de Educaciòn Superior. *Registro Oficial*. Quito.

A, G. M., Martínez-López, Pérez-Constantino, M., & Montelongo-Meneses, P. P. (2013). *proceso de Atención de Enfermería a una lactante con neumonía basado en patrones funcionales*. México.

A. Segur, I. L. (2003). *La profesio de salud publica y el debate de las competencias profesionales*. España: Gad Sanit.

Alberto, N. (2010). *Situacion actual del proceso de implantaciòn del modelo de atenciòn integral en salud MAIS*. Miisterio de Salud Pùblica, Inteligencia de la salud Ministerio de Salud Publica, Quito.

Altman, D. (1991). *Practical statistics for medical research*. . *Chapman & Hall*.

Altman, D. (1991). Randomisation: potential for reducing bias. *BMJ*.

Alwan, A., Olla, S., & Sameen, S. . (2016). Essential public health functions: the experience of the Eastern Mediterranean Region. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 22.

Andaluz, D. S. (2008). *Guia de atencion Domiicliaria* . España: Distrito Sanitario Malaga.

Armando, H. D. (1996). La extension universitaria y la integracion cultural. *Conferencia I encuentro latinoamericano*. Habana-Cuba.

Arratia, A. (2005). *Investigacion y documentaciòn historica en enfermería*. Recuperado el 15 de septiembre de 2017, de www.academia.edu/24540723/investigacion_y_documentacion_historica_en-enfermeria: www.academia.edu

- Arratia, F. A. (2005). *Investigación y documentación histórica en Enfermería*. Santiago de Chile.
- Arribas A, G. S. (Enero de 2009). *Papel de la enfermería en atención primaria*. Recuperado el 17 de noviembre de 2017, de www.index-f.com/las-casass/documentos/lc034.pdf: www.index-f.com
- Arribas Antonio Cacha, S. G. (Enero de 2009). *Papel de la enfermería en atención primaria. Salud Madrid*.
- Asamblea Constituyente. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Ecuador.
- Asamblea Constituyente. (2008). *Constitución de la República del Ecuador. Capítulo Segundo, Art.32*. Ciudad Alfaró.
- Bonilla, M., Molina, J., & Morales, F. (14 de Mayo de 2006). *MAESTRIA EN GERENCIA Y LIDERAZGO EDUCATIVO*. Tesis de Maestría, UNIVERSIDAD FERMIN TORO, Barinas.
- Bortz, J., & Döring, N. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation*. Springer: *Berlín, Heidelberg, Nueva York*.
- Bortz, J., & Döring, N. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation*. . *Spirnger: Berlín, Heidelberg, Nueva York*.
- C, H. S. (2015). *LA VINCULACIÓN CON LA SOCIEDAD, entre el Ser y el deber ser. Rupturas, 1*.
- Cancio, C. (1998). *El desarrollo de la competencia comunicativa en escolares de séptimo grado apartir del uso de diferentes codigos*. Recuperado el 15 de septiembre de 2017, de [Repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/643/1/tesis de la Cruz valeria y Diana Gallegos.pdf](http://Repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/643/1/tesis%20de%20la%20Cruz%20valeria%20y%20Diana%20Gallegos.pdf): Repositorio.upse.edu.ec
- Centers for Disease Control and Prevention. (2017). Recuperado el 9 de Octubre de 2017, de *CDC Health Literacy*: <https://www.cdc.gov/healthliteracy/training/page1299.html>
- CEVALLOS, P. F. (1994). *Historia del Ecuador*. Guayaquil: (Publicaciones Educativas Ariel.
- Claudia, B., Servando, G., & Alejanro, O. (2005). Recuperado el 21 de Noviembre de 2017, de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-doc/indice_de_barthel.pdf: <http://www.sld.cu>
- Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. (2016). *[website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (http://www.euro.who.int/en/*. Recuperado el 9 de Octubre de 2017, de *Health systems governance* : <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-systems-governance/health-systems-governance>
- Córdova, E. V. (Año III de 1999). *La participación comunitaria en salud. Investigaciones Sociales(3)*.
- Cortez, L. (2016). Recuperado el 18 de noviembre de 2017, de www.ual.es/editorial: www.ual.es
- CUEVA, A. (1973). *El Proceso de Dominación Política en el Ecuador*. Quito: Voluntad.

- décadas, Organización Panamericana de la Salud. (2016). *La equidad en la mira: La salud pública en Ecuador durante las últimas décadas*. Quito.
- DefiniciónMX. (8 de Mayo de 2017). *DefiniciónMX*. Obtenido de <https://definicion.mx/sobre/>
- Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire . (2017). *Ten Essential Public Health Services*. New Hampshire Department of Health and Human Services, New Hampshire .
- Donabedian A, B. R. (Agosto de 2003). Una introducción a la garantía de calidad en la atención médica . *Revista Internacional de Calidad en la Atención de la Salud*, 15(4).
- Ecuador, M. d. (2009). *Plan Estratégico MSP 2009-2013*. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Inteligencia de la Salud, Quito.
- Ecuador, M. d. (2012). *Modelo de Atención Integral en Salud*. (D. d. Salud, Ed.) Quito: Ecuador, Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- Egas, A. (2013). *La evolución del gasto público en el sector salud en el Ecuador: Análisis de su contribución en el mejoramiento de la calidad del servicio otorgado. Período 2007-2012*. Quito.
- Ekos Negocios. (2012). Historia de la medicina en el Ecuador. *Ekos Negocios*.
- Enfermería Blog. (2014). Recuperado el 16 de Noviembre de 2017, de <http://enfermeriablog.com/niveles-de-actuacion-enfermera/>: <http://enfermeriablog.com>
- Enfermería y Educación. (2017). Recuperado el 14 de Octubre de 2017, de Teseopress: <https://www.teseopress.com/enfermeriayeduacion/chapter/capitulo-i-la-evolucion-de-la-enfermeria>
- enfermeria, B. (2014). Recuperado el 14 de Noviembre de 2017, de <http://enfermeriablog.com/niveles-de-actuacion-enfermera/>: <http://enfermeriablog.com>
- Enfermería, B. (2014). Recuperado el 16 de Noviembre de 2017, de <http://enfermeriablog.com/investigacion/>: <http://enfermeriablog.com/niveles-de-actuacion-enfermera/>
- Eng, J. (2003). Sample size estimation: how many individuals should be studied? . *Radiology*.
- Espinoza Uriostegui Adrian, M. I. (Enero de 2016). Miniguía de Modelo de Patrones Funcionales Marjory Gordon. *Enfermera.io, Vol1*.
- Espinoza, J. (1998). Recuperado el 16 de agosto de 2017, de <http://platea.pntic.mec.es/~jrui2/ast98/art40.htm>: <http://platea.pntic.mec.es>
- Estrella, R. (2013). *Breve Historia de la Medicina en Ecuador*. Quito: Pedro Jorge Vera.
- FLACSO. (2017). Recuperado el 24 de Noviembre de 2017, de Flacso-Andes: <http://www.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/55527.pdf>
- Fleiss, J. (1986). The design and analysis of clinical experiments. . *John Wiley & Sons*; .

- Formación de los Recursos Humanos en la Atención Primaria de Salud y la transformación de los servicios. (2013). *Simposio*, (pág. 82). Lima.
- Franco-Giraldo, A. (Septiembre de 2015). El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud. *Rev.Fac.Nacional de Salud Publica 2015*, 33(3).
- Franco-Giraldo, A. (Septiembre de 2015). El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud. *Rev.Fac.Nacional de Salud Publica 2015*, 33(3).
- Galindo, L. M. (1997). *Fundamentos de administración casos y prácticas* (Segunda ed.). México D. F: Trillas.
- Girbes, F., Juan, J., Jose, & E., & F, P. (enero de 2005). Enfermería en atención primaria :nuestra reponsabilidad con la población. *Admnistracion Sanitaria Española*, 3.
- Gispert, R., & Tresserras, R. (14 de 11 de 2016). *Aniorte nic-net*. Obtenido de http://www.aniorte-nic.net/apunt_polit_plan_3.htm
- Gordillo, L. (junio de 2014). Categorías de la conducta no verbal. *Iztacala*, 17(2).
- Gordon, M. (2016). Recuperado el 16 de Noviembre de 2017, de Bitácora Enfermera: <http://bitacoraenfermera.org/marjory-gordon-nos-ha-dejado/>
- Gordón, M. (2016). *Mini Guía del Modelo de Patrones Funcionales*.
- Gordón, M. (2017). Recuperado el 14 de Noviembre de 2017, de Enfermería: <https://enfermeria.io/marjory-gordon/>
- Guzman, M. A. (2005). Enfermería en atención primaria. *Biblioteca las casas*, 1.
- Hamerly, M. (1842). *Historia Social y Económica de la Antigua Provincia de Guayaquil*. Publicaciones del Archivo Histórico.
- Heymann, D. (2008). NPHIs as focal points for leadership in prevention and control of infectious diseases. . *Journal of Public Health Policy*(29).
- Iyer, T. (1989). *Proceso de enfermería y diagnostico de enfermería* (Tercera ed.). (I. d. Mexico, Ed.) Mexico: McGraw-Hill.
- Lawn, J., Rohde, J., Rifkin, S., Were, M., Paul, V., & Chopra, M. (2008). Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise. . *Lancet*.
- Machin, D., & Campbell, M. (2005). *Design of studies for medical research*. . Wiley.
- Machin, D., Campbell, M., Fayers, P., & Pinol, A. (1987). *Sample size tables for clinical studies*. . Blackwell Science Ltd.
- Macinko J, M. H. (2007). La Renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Panam Salud Pública*, (2/3)(73-84).
- Martínez, J. (2006). *Manual de higiene y medicina preventiva hospitalaria* (Primera ed.). Madrid, España: Díaz de Santos.
- MARTINS., D. I. (s/f). Recuperado el 30 de Septiembre de 2017, de Oocities.org: www.oocities.org/trabajocomunitario6/index/PLANIFICACION2.doc
- Martin-Zurro, A., & Jordan Solá , G. (2011). *Atención Familiar y Salud Comunitaria*. Barcelo, España: Fotolera,S.A.

- Massie, J. L. (1989). *Bases esenciales de la Administración*. México: Diana.
- Ministerio de Salud Pública . (2012). Recuperado el 3 de noviembre de 2017, de instituciones.msp.gob.ec/somossalud/documento/guia/Manual_MAIS-MSP1212.pdf: instituciones.msp.gob.ec
- Ministerio de Salud Pública. (2009). *Manual del Modelo de atención integral de salud. Familiar, comunitario e intercultural MAIS-FC*.
- Ministerio de Salud Pública. (2013). *Modelo Integral de Atención en Salud - MAIS*. Quito.
- Ministerio de salud Pública. (2013). *Proyecto de Tamizaje metabólico neonatal*. Quito.
- Ministerio de Salud Pública. (2014). *PASSE, Construyamos el Hábitat Familiar Saludable: Guía de implementación de Tecnologías Apropriadadas, Ecuador*.
- Ministerio de Salud Pública. (2015). *Curso de Epidemiología en Acción. Módulo 3, Diseño de Programas de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades*.
- Ministerio de Salud Pública. (2016). Recuperado el 20 de Septiembre de 2017, de Ministerio de Salud Pública-Uruguay: <http://www.msp.gub.uy/noticia/planes-locales-de-salud>
- Ministerio de Salud Pública. (2016). *MAIS*. Quito.
- Ministerio de salud Pública. (2017). *Manual de procedimientos para la prevención y control de la tuberculosis*. Quito.
- Ministerio de salud pública. (2017). *Prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la tuberculosis*.
- Ministry of Health and Long-Term Care. (2017). *Standards for Public Health Programs and Services*. Population and Public Health Division, Ministry of Health and Long-Term Care, Ontario.
- Moher, D., Schulz, K., & Altman, D. (2001). The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomized trials. . *Ann Intern Med*. .
- Mosquera, M. (2003). Recuperado el 17 de octubre de 2017, de <http://www.commimit.com/la/lasth/sld2915.html>: <http://www.commimit.com>
- MSP . (2010). *Norma Modelo de Atención Integral en Salud SEPSS*.
- MSP. (17 de Septiembre de 2002). <http://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/10/ley-sis-nac-salud.pdf>. Obtenido de <http://www.todaunavida.gob.ec/>
- MSP. (2014). Recuperado el 23 de Septiembre de 2017, de Ministerio de Salud Publica-Ecuador: [https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguimiento/730/an%C3%81lisis_situacional_integral_de_salud_final_\(3_09_14\).pdf](https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguimiento/730/an%C3%81lisis_situacional_integral_de_salud_final_(3_09_14).pdf)
- MSP. (2014). *INSTRUCTIVO PARA LA ELABORACION DEL*. Obtenido de [https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguimiento/730/an%C3%81lisis_situacional_integral_de_salud_final_\(3_09_14\).pdf](https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguimiento/730/an%C3%81lisis_situacional_integral_de_salud_final_(3_09_14).pdf)
- MSP. (2015). *Manual de Organización de las áreas de salud*.

- MSP. (s.f.). *MSP*. Recuperado el 26 de Septiembre de 2017, de Ministerio de Salud Pública : <http://www.salud.gob.ec/programas-del-ministerio-de-salud-publica/>
- MSP, OPS, & Unicef. (2005). *Manual de normas Técnico-Administrativas, Métodos y procedimientos de vacunación y vigilancia Epidemiológica del Programa Ampliado de Inmunización* . Quito : Nuevo Arte .
- North Carolina Public Health (NCPH) . (2016). Recuperado el 9 de Octubre de 2017, de About Us: Mission and Core Functions: <http://publichealth.nc.gov/mission.htm>
- OMS, OPS, & MSP. (2017). *Evaluación de la estrategia nacional de inmunización* . Quito .
- OPS/OMS. (2012). Recuperado el 22 de Noviembre de 2017, de Sistema de Salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategia para el desarrollo de los equipos de APS: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/Prescri%C3%A7%C3%A3o/ORGANIZA%C3%87%C3%83O%20PAN->
- OPS/OMS. (2013). Recuperado el 2018, de Atención Primaria en Salud: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=389&Itemid=40976&lang=es
- Organización Mundial de la Salud. (1997). *Declaración de Yakarta sobre la promoción de la Salud en el siglo XXI*. Recuperado el 3 de Noviembre de 2017, de www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/yakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf: www.who.int
- Ordaz, D., & Saldaña, G. (2006). *Eudmet.net*. Obtenido de <http://www.eumed.net/libros-gratis/2006b/voz/1a.htm>
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud. En O. P. Salud, *Serie la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. No. 2* (pág. 78). Washington D.C: ISBN 978 92 75 32938 2.
- Organización Panamericana de la Salud . (2008). *Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS*. Washington, D.C: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2016). *La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador*.
- Organización Panamericana de la Salud. (2016). *La equidad en la mira: La salud pública en Ecuador durante las últimas décadas*.
- Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS. (2017). Los modelos de atención a la salud. En F. Sacoto, *La equidad en la mira: La salud pública en Ecuador durante las últimas décadas* (págs. 317-327).
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. (2017). *Renovación de la Atención primaria de salud*. OPM/OMS/ Washington D.C.
- Organization, P. A. (1978). *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Union de Repùblicas Socialistas Sovieticas.

- Oxford University . (2017). *Oxford University Press*. Recuperado el 27 de Septiembre de 2017, de <https://es.oxforddictionaries.com/definicion/politica>
- Paredes, V. (1963). *Historia de la Medicina en el Ecuador*. Quito: Casa de la Cultura Ecuatoriana.
- Pareja, A. (1974). *Historia de la República*. Guayaquil: Cromograf.
- Pedrero, M. B. (2015). *Administración de los servicios de enfermería* (Séptima ed.). (J. d. Fraga, Ed.) México: Mc Graw Hill.
- PEDRERO, M. D. (2015). *ADMINISTRACION DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA* (sexta ed.). (H. F. Aguilar, Ed.) MEXICO: Javier de León Fragas.
- Pérez, J., & Gardey, A. (2012). Recuperado el 29 de Septiembre de 2017, de (<https://definicion.de/programa-de-salud/>)
- Perez, J., & Merino, M. (2009). *Definición* . Obtenido de <https://definicion.de/plan/>
- Pozo, J. S. (2018). *Comunitaria*. (<https://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/>, Ed.) Madrid: Ediciones Salud Pública y otras dudas.
- Pública, M. d. (2013). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Salud Pública, Quito.
- Pública, M. d. (2013). *Reglamento Sanitario del Etiquetado de Alimentos Procesados para el Consumo Humano*. Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Salud Pública, Quito.
- Pública, M. d. (2016). *Rendición de cuentas 2016*. Ministerio de Salud Pública, Planificación, Quito.
- Pública, M. d. (2017). *Guía de practica clinica diabetes mellitus dos*. Quito: Ministerio de Salud Pública.
- Rezabal, J. (2015). Recuperado el 15 de agosto de 2017, de Runachayecuador.com/refcale/index.php/refcale/article/view/60: Runachayecuador.com
- Rodríguez, S. H. (2006). *Introducción a la Administración* (Cuarta ed.). (S. ..-H. EDITORES, Ed.) México, D.F.: McGRAW-HILL/INTERAMERICANA.
- Röhrig, B., & Du Pre, J.-B. W. (2009). Types of Study in Medical Research. *Dtsch Arztebl Int*.
- Rothman, K., Greenland, S., & Lash, T. (2008). Modern Epidemiology. Types of epidemiologic studies. . *LIPPINCOTT Williams & Wilkins; , 3rd Edition*.
- Rothman, K., Greenland, S., & Lash, T. (2008). Modern Epidemiology. Types of epidemiologic studies: clinical trials. *LIPPINCOTT Williams & Wilkins(3rd edition)*.
- (s/f). Recuperado el 23 de Septiembre de 2017, de Bantaba: http://www.bantaba.ehu.es/formarse/ficheros/view/Proyectos_de_salud.pdf?revision_id=65808&package_id=65709
- Samaniego, J. J. (1957). *Cronología Médica Ecuatoriana*. . Quito: Casa de la Cultura.
- Schäfer, H., Berger, J., & Biebler, K.-E. (1999). Empfehlungen für die Erstellung von Studienprotokollen (Studienplänen) für klinische Studien. . *Informatik, Biometrie und Epidemiologie in Medizin und Biologie*.

- Schumacher, M., & Schulgen, G. (2007). *Methodik klinischer Studien*. . Springer.
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES). (2013). Recuperado el 27 de Septiembre de 2017, de Buen Vivir Plan Nacional 2013-2017: <http://www.buenvivir.gob.ec>
- Segura, J. (6 de Septiembre de 2009). *Salud pública y algo más*. Recuperado el 2 de Octubre de 2017, de http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2009/09/06/124374#_ftnref1
- SEMPLADES. (2013). *Plan Nacional del Buen Vivir*. Quito.
- Serrano, A. t. (2012). Estandares de un sistema de garantía de la calidad en Salud. En A. t. Serrano, & E. d. U (Ed.), *Garantías de Calidad en Salud* (pág. 86). Bogota, Colombia: Editorial buena semilla.
- Sistema Nacional de Salud de España. (2013). Estrategia de APS. En C. Territorial. Madrid.
- Teseopress. (2017). Recuperado el Diciembre de 2017, de Enfermería y Educación: <https://www.teseopress.com/enfermeriayeducacion/chapter/capitulo-i-la-evolucion-de-la-enfermeria/>
- Toro L. (2015). *Importancia del trabajo en equipo en las organizaciones actuales*. Trabajo final, Universidad Nueva Granada, investigación de la Universidad Militar Nueva Granada, Bogota.
- Torres Esperón Maricela, C. D. (Agosto de 2005). Funciones de Enfermería en la atención primaria en Salud. *Scielo-Revista Cubana de Medicina general integral*, 21(3).
- Torres M, D. C. (Agosto de 2005). Funciones de Enfermería en la atención primaria en Salud. *Scielo-Revista Cubana de Medicina general integral*, 21(3).
- Triana, M. (2017). Recuperado el 15 de octubre de 2017, de <https://doi.org/10.1544c/av.enferm.v5n2.66941>: <https://doi.org>
- Universidad del Nordeste- Facultad de Medicina. (2013). Recuperado el 30 de Septiembre de 2017, de Universidad del Nordeste- Facultad de Medicina: https://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/aps/participacion_comunitaria.pdf
- Walsh, J., & Warren, K. (1979). Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. . *N Engl J Med*. (201).
- WHO. (2008). *World Health Report*. . Geneva .
- World Health Organization. (2000). *The world health report 2000: health systems: improving performance*. World Health Organization. Obtenido de World Health Organization: Geneva: ;
- World Health Organization. (2006). *The World Health Report 2006 - Working together for health*. . Geneva: World Health Organization, Geneva. Obtenido de The World Health Report 2006 - Working together for health. Geneva: World Health Organization; 2006 (<http://www>).
- World Health Organization. (2008). *Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. World Health Organization, Geneva.

- World Health Organization. (2008.). *Global Assessment of National Health Sector Emergency Preparedness and Response.* . World Health Organization. Obtenido de Global Assessment of National Health Sector Emergency Preparedness and Response. Geneva: World Health.
- World Health Organization. (2013). Recuperado el 9 de Octubre de 2017, de Health in all policies:
<http://archive.is/20130704022147/www.healthpromotion2013.org/health-promotion/health-in-all-policies>
- World Health Organization. (2016). Recuperado el 9 de Octubre de 2017, de World Health Organization: <http://www.who.int/healthsystems/en/>
- World Health Organization. (2016). Recuperado el 9 de Octubre de 2017, de World Health Organization: (http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/en/
- World Health Organization. (2016). *Classifications of diseases* . World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization. (2016). *Health systems – health workforce*. World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization. (4 de Septiembre de 2017). *World Health Organization*. Obtenido de <http://www.who.int/es/>
- World Health Organization. (1978). The Alma Ata Conference on Primary Health Care. . *WHO Chronicle*. (32).
- World Health Organization. (1986). Ottawa charter for health promotion. *Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique* .
- World Health Organization; . (2016). Recuperado el 9 de Octubre de 2017, de Risk factors : http://www.who.int/topics/risk_factors/en/
- World Health Organization; . (2016). Recuperado el 9 de Octubre de 2017, de Nutrition : <http://www.who.int/topics/nutrition/en/>
- World Health Organization;. (2016). Recuperado el 9 de Octubre de 2017, de Public health legislation: <http://www.who.int/topics/legislation/en/>
- Yagua, F. (2016). Recuperado el 31 de Enero de 2018, de Universidad de Falcón:
<http://files.franklin-yagua.webnode.com.ve/200000122-79dd47bd0d/Gu%C3%ADa%20de%20Estudio.%20La%20planificaci%C3%B3n.pdf>
- Zambrano Robert, S. M. (2017). *Modelo de atención alternativo para pacientes diabéticos e hipertensos*. Jipijapa: 3 ciencias.
- Zelen, M. (1974). The randomization and stratification of patients to clinical trials. *J Chronic Dis* .

Autor y gestor por la UNESUM



Roberth Zambrano Santos, PhD.

Licenciado en Ciencias de la Educación, graduado en la Universidad Laica “Vicente Rocafuerte” de Guayaquil, Doctor en Investigación Socio-Educativa, de la Escuela Superior Politécnica del Ejercito ESPE, Magíster en Gerencia de Proyectos Educativos y Sociales; y, Magíster en Desarrollo Educativo, ambas maestrías obtenidas en la Universidad Técnica de Manabí. Doctor en Ciencias Pedagógicas (PhD) obtenido en la Universidad de Camagüey de la República de Cuba. Docente-Investigador de varias universidades de Ecuador a nivel de grado y posgrado. Tutor de tesis de maestrías y doctorados en varios países de América y Europa. Ha presentado resultados de investigaciones en Chile, Argentina, Perú, Bolivia, Colombia, Brasil, México, Panamá, Cuba, Estados Unidos y Ecuador. Sus publicaciones en la actualidad giran en torno a la Investigación en Salud. Se ha consagrado en la “Pedagogía del Cuidado”, teoría de la cual ha publicado libros, artículos científicos y ponencias que han alcanzado reconocimientos internacionales. Es autor de varios trabajos investigativos, proyectos, libros de textos y científicos, ponencias e innovaciones tecnológicas. Tiene 22 años de experiencia en la docencia a nivel superior, trayectoria en la cual ha obtenido reconocimientos y ha ocupado dignidades importantes a nivel nacional e internacional. Es Director del Comité Editorial de la Revista Científica “SINAPSIS”, Presidente de la Red de Investigación Multidisciplinar Independiente “SCIO” (RIMIS), Arbitro-Revisor de manuscritos de varias revistas de Latinoamérica. Actualmente es Docente Principal Tiempo Completo de la Universidad Estatal del Sur de Manabí y Miembro del Consejo Regente del Instituto Tecnológico Superior “Portoviejo”.

Autora y gestora por la ULEAM

Lic. Victoria Magali Sabando Mera, Mg.



Licenciada en enfermería, Magíster en Salud Pública, laboró 15 años como enfermera de Salud Rural y Desarrollo Comunitario en el nivel Provincial de Salud de Manabí, Especialista en Diseño Curricular por Competencia, docente de la Facultad de Enfermería desde el año 1982, experiencia laboral de 5 años como miembro coordinador del Departamento Central de Investigación y 15 años como miembro del Departamento Central de Vinculación de la carrera y áreas de la salud. Investigadora acreditada Senescyt. Autora del programa integrador sobre: Responsabilidad Social Universitaria en la práctica de investigación-acción en proyectos de APS-r con organizaciones de Salud Comunitaria de Manta, Montecristi y Jaramijó 2014-2020.

Autores

Lic. Aida Macías Alvia, Mg.

Licenciada en Enfermería. Magister en Gerencia en Salud. Laboró 17 años en el Hospital Civil Chone, área Ginecología. Docente Titular Principal de la UNESUM. Carrera de Enfermería.

Lic. Carmen Guaranguay Cháves, Mg.

Licenciado en Ciencias de la Enfermería. Diplomado superior en gestión educativa. Magíster en Gerencia y Liderazgo Educacional. Magister en Investigación Clínica y Epidemiológica. Docente en la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí. Profesora con 10 años de experiencia docente, titular de nombramiento, asignaturas de administración y liderazgo; responsable de seguimiento graduado desde 2014 hasta actualidad. Estudiante de tercer año de doctorado en Biociencias en la Universidad de Córdoba – España.

Lic. Fátima Monserrate Figueroa Cañarte, Mg.

Licenciada en Enfermería. Magister en Gerencia en Salud para el desarrollo Local. Profesora Titular: Carrera de Enfermería Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí. Asignatura: Salud Publica I. Estudiante Programa Doctoral en Ciencias de Salud Universidad de Zulia Venezuela.

Docente auxiliar 2 de la ULEAM, 7 años de servicio en el MSP en centros de salud de la comunidad de Manta, actualmente docente de la facultad de enfermería de la Cátedra de salud pública, miembro del proyecto de vinculación Prevención de dengue, sika y chikungunya en el cantón Jaramijó. Participación en 6 artículos científicos entre los que destacan “La vinculación y su desafío con la comunidad desde la Educación superior”; “Seguridad e higiene en los hospitales públicos y su incidencia en el desempeño laboral”, entre otros, 2 ponencia y 3 libros que están en proceso de publicación.

Lic. Lourdes Maribel Bello Carrasco, Mg.

Enfermera profesional graduada en el año 2000, en la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí (ULEAM). Magíster en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local graduada en la Universidad Técnica Particular de Loja (UTPL). Estudiante del programa Doctoral Universidad de Zulia Venezuela, Docente investigador acreditada por SENESCYT desde 2017. Segundo Miembro principal de Consejo de Facultad de Enfermería de ULEAM, Miembro de Comisión de Vinculación Experiencia laboral 14 años en Ministerio de Salud Pública, en centros de atención primer nivel, segundo nivel y tercer nivel como enfermera cuidado directo y enfermera comunitaria equipo básico de Atención en Salud (EBAS). Colaboradora de Misión Manuela Espejo, 4 años con experiencia docente Facultad enfermería / universidad laica Eloy Alfaro de Manabí. Impartiendo asignaturas de Enfermería Básica I, Salud Pública I, II, Políticas de Salud, Consolidación de Conocimientos, Administración y Liderazgo, Miembro comisión de Vinculación con la sociedad. Líder del proyecto Aspectos Psicológicos y sociofamiliares de la persona familia y comunidad, Tutora proyectos de estudiantes de titulación. Con reconocimiento académico en investigación, Con 7 publicaciones Indexadas en Latindex. Ponencias Internacional, Capacitaciones Virtual OMS/OPS, MSP, seminarios, congresos, acorde al perfil profesional curso de Metodología de la Investigación,. Estadística aplicada a la investigación, Seminario de Ceaaces.

Dra. Mabel Sánchez Rodríguez, Mg.

Doctora en medicina y cirugía, ULEAM. Magíster en gerencia educativa UNESUM, magíster en investigación clínica y epidemiología Universidad de Guayaquil, especialista en metodología de investigación Universidad de Córdoba-España, investigadora acreditada Senescyt, diplomado en formador de médicos en atención primaria organización panamericana de la salud docente titular Uleam en medicina Unesum en enfermería.

Lic. Jaqueline Beatriz Delgado Molina, Mg.

Licenciada en enfermería en la Universidad Técnica de Manabí (UTM). Magíster en “Gerencia en Salud para el desarrollo local” en la Universidad Técnica Particular de Loja (UTPL). Laboró como enfermera en el Hospital Dr. Napoleón Dávila Córdova durante 18 años.

Docente en la Universidad Estatal del Sur de Manabí (UNESUM) en la Carrera de enfermería direccionada en la supervisión del internado rotativo, además en la participación directa de la publicación del libro titulado “Atención en enfermería integral teórica y práctica”.

La actualización de conocimientos es base en todo profesional por lo cual ha participado como ponente en Congresos Nacionales e Internacionales enfocados en el ámbito de salud y docencia Universitaria. Actualmente desempeña el rol de Decana de la Facultad de Ciencias de la salud de la Universidad Estatal del Sur de Manabí (UNESUM) sin dejar de lado la docencia.

Lic. Bárbara Miladys Placencia López, Mg.

Docente de la Universidad Estatal del Sur de Manabí. Licenciada en Enfermería, egresada del Instituto Superior de Ciencias Médicas Camagüey, Cuba en el año 1990. Diplomada en Investigación Científica Paramédica, 2007. Máster en Urgencias Médicas, 2009, Especialista en Docencia, 1986. Treinta y cinco años de experiencia laboral y de ellos 29 en la Educación Superior, desempeñando funciones administrativas y como docente en el ISCM de Camagüey, y en el Centro de Convenciones Académicas de la Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, en la Formación Básica de estudiantes para cursar carreras de Medicina. Se desempeñado como docente en universidades nacionales y extranjeras. Ha participado en eventos nacionales e internacionales como autor y coautor de artículos científicos, ponencias, y libros con temáticas relacionadas al campo de la Salud Pública y la Educación Superior.

Lic. Yasmín Alejandra Castillo Merino, Mg.

Licenciada en Enfermería. Magíster en Gerencia y Administración en Salud, laboró 12 años como enfermera en Atención Primaria en el Distrito 13 D03 Jipijapa. Responsable de Programa de Inmunización por 1 año. Docente de la Carrera de Enfermería desde el año 2008 hasta la actualidad.

Jesús Yubagni Rezabala Villao, PhD.

Doctor en Ciencias Pedagógicas, PhD; Magíster en Enseñanza Superior; Especialista en Diseño Curricular por Competencia; Licenciada en Ciencias de la Enfermería. Ha desempeñado la responsabilidad de coordinadora Académica, Directora de Escuela y Decana de Enfermería en la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí. Gestora de la creación de la Facultad de Enfermería. En su experiencia profesional ha presidido la Asociación Ecuatoriana de Escuelas y Facultades de Enfermería con sede en Quito. Secretaria del Directorio Nacional de la Federación Ecuatoriana de Enfermeras y Enfermeros, con sede en Quito. Vice-Presidenta del Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Manabí, con sede en Portoviejo. Miembro de la comisión de Evaluación de la Asociación Ecuatoriana de Escuelas y Facultades de Enfermería. Asesora de la organización y Jefe del Servicio de Enfermería en la Clínica Manta-SA. En el Ministerio de Salud Pública ha desempeñado funciones en Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Intrahospitalarias. Actualmente desarrolla su función como docente en la Carrera de Enfermería, en la Uleam. Posee 29 años de experiencia en este campo. Ha impartido talleres y seminarios en los ámbitos de salud y enfermería; tiene participaciones como ponente en diferentes eventos nacionales e internacionales, posee publicaciones como coautora de libros en enfermería; ha participado como uno de los investigadores en el Proyecto Tuning América-Latina en representación de Enfermería; investigadora de “las competencias pedagógicas básicas en la formación integral del Licenciado en Enfermería” eje integrador de procesos de aprendizaje en el conocimiento de Enfermería y de educación para la salud, a través de la promoción, prevención y cuidados humanos dirigidos a la persona, familia y comunidad.

Lic. Miryam Patricia Loor Vega, Mg.

Licenciada en Enfermería. Magister en Gerencia en Salud para el desarrollo Local.

Profesora Titular: Carrera de Enfermería Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí

Asignatura: Enfermería Básica II. Estudiante Programa Doctoral en Ciencias de Salud Universidad de Zulia Venezuela.

En este libro usted encontrará información actualizada sobre los temas más importante para mejorar y brindar con calidad y calidez una atención adecuada por el personal de salud en este caso de enfermería, le mostrará y le enseñará a utilizar las herramientas de trabajo que ayudarán a identificar y tratar los problemas de salud a este nivel, cuyo principal objetivo es prevenir y promover salud. Además al inicio de cada capítulo cuenta con una evaluación inicial, lo que nos permitirá evaluar el aprendizaje de los estudiantes y facilitar la enseñanza a los profesores así como la indicación de trabajos autónomos.

Es desde esta perspectiva que los autores y colaboradores de esta obra pretenden transmitir los conocimientos necesarios a los estudiantes de enfermería, para su mejor preparación y desempeño con los pacientes, desarrollando en cada capítulo una descripción que va desde lo sencillo hasta lo complejo de lo que es la salud pública, el modelo de atención de la APS, lo que es el programa de salud enfocados a la enfermería para terminar con un proyecto de intervención de enfermedades en atención primaria de salud, además la información contenida en este libro puede ser utilizada por todos los especialistas y docentes que en algún momento de su ejercicio profesional les corresponda tratar con estudiantes de la carrera de enfermería.

Dra. Yelennis Galardy Domínguez



ISBN: 978-9942-775-46-7



9789942775467