CUIDADOS HUMANOS COMO EJE DE LA ENFERMERÍA EN LA SALUD

EMPRESA DE INVESTIGACIÓN SABERES Y CONOCIMIENTOS
TECHGACETI CIA. LTDA.
MAWIL Publicaciones Impresas y Digitales

1RA EDICIÓN

CUIDADOS HUMANOS

COMO EJE DE LA ENFERMERÍA COMUNITARIA

eBook

1RA EDICIÓN

CUIDADOS HUMANOS

COMO EJE DE LA ENFERMERÍA COMUNITARIA

Elsa Josefina Albornoz Zamora
Marigina Guzmán
Yanetzi Loimig Arteaga Yánez
Neris Marina Ortega Guevara
Heriberto Enrique Luna Álvarez
María Auxiliadora Castillo Castillo
Ana Hilda Márquez de González
Cruz Xiomara Peraza de Aparicio
Ana Luisa Cañizales Jota
Nhaylett Yoskyra Zurita Barrios
Bianny Evita Zurita Barrios
Jonathan Gabriel Chuga Guamán
José David Salazar
Kevin Rafael Salvador Cortez
Wilson Del Salto Tapia
Francisco David Obando Ochoa

EDICIONES **MAWIL**

1RA EDICIÓN

CUIDADOS HUMANOS

COMO EJE DE LA ENFERMERÍA COMUNITARIA

Autores Investigadores

Elsa Josefina Albornoz Zamora
Especialidad en Salud Pública;
Magíster Scientiarun en Investigación Educativa;
Maestría en Ciencias Orientación de la Conducta;
Especialidad en Docencia Universitaria;
Doctora en Ciencias de la Educación;
Doctora en Ciencias Gerenciales;
Postdoctorado en Investigación Educativa;
Cursando Doctorado en Enfermería;
Docente Titular Principal I Universidad Metropolitana;
Quito, Ecuador;
elsaalbornoz25@gmail.com;
https://orcid.org/0000-0003-1382-0596

Marigina Guzmán
Maestría en Ciencia: mención Orientación de la Conducta;
Magíster Scientiarun en Educación mención Investigación Educativa;
Especialista en Educación Superior;
Doctora en Ciencias de la Educación;
Doctora en Ciencias Gerenciales;
Postdoctorado en Investigación Educativa;
Docente Titular Principal I de la Universidad Metropolitana;

Quito, Ecuador;
mariginaguzman@gmail.com;
https://orcid.org/0000-0003-4997-2540

Yanetzi Loimig Arteaga Yánez
PhD en Ciencias de la Educación;
Magíster en Cuidado Integral al Adulto Críticamente Enfermo;
Especialista en Enfermería Perioperatoria;
Licenciada en Enfermería;
Coordinadora de la Carrera de Enfermería de la
Universidad Metropolitana; Guayaquil, Ecuador;
yanetziarteaga@gmail.com;
https://orcid.org/0000-0002-1004-255X

Neris Marina Ortega Guevara
Especialista en el Fenómeno de las Drogas;
Especialista en Enfermería Perioperatoria;
Máster en Enfermería Médico Quirúrgico, mención
Cuidado Crítico del Adulto;
Doctora en Enfermería, Salud y Cuidado Humano;
Licenciada en Enfermería; Profesor Titular Principal I;
Carrera Enfermería de la Universidad Metropolitana;
Guayaquil, Ecuador;
nortega@umet.edu.ec;
https://orcid.org/0000-0001-5643-5925

Heriberto Enrique Luna Álvarez
Magíster en Gerencia en Servicios de Salud;
Doctor en Ciencias Pedagógicas; Psicólogo Clínico;
Ingeniero en Electrónica;
Dos Doctorados Honoris Causa Decano de la
Facultad de Salud de la Universidad Metropolitana;
Guayaquil, Ecuador;
enrique.luna@umet.edu.ec;
https://orcid.org/0000-0003-0553-2287

María Auxiliadora Castillo Castillo
Magíster Scientiarum en Docencia para la Educación Superior;
Doctorado en Ciencias de la Educación;
Licenciada en Enfermería;
Profesor Instructor de la Universidad de los Andes (Venezuela);
Directora de la Carrera de Enfermería de la
Universidad Metropolitana de Ecuador; Quito, Ecuador;
mcastillo@umet.edu.ec;
https://orcid.org/0000-0001-6072-894X

Ana Hilda Márquez de González
Doctorado en Ciencias Biológicas;
Licenciada en Biología, Mención Biología Celular;
Docente Titular Agregado 1 de la Universidad Metropolitana;
Quito, Ecuador;
amarquez@umet.edu.ec;
https://orcid.org/0000-0002-7958-420X

Cruz Xiomara Peraza de Aparicio
Especialista en Medicina General de Familia;
PhD. en Ciencias de la Educación; PhD. en Desarrollo Social;
Médico Cirujano; Docente Titular en la Carrera de
Enfermería de la Universidad Metropolitana;
Guayaquil, Ecuador;
xiomaparicio199@hotmail.com;
https://orcid.org/0000-0003-2588-970X

Ana Luisa Cañizales Jota
Magíster en Docencia para la Educación Superior;
Licenciada en Enfermería; Licenciada en Educación Integral;
Docente Titular Auxiliar 1 de la Universidad Metropolitana;
Quito, Ecuador;
analuisajota12@gmail.com;
https://orcid.org/0000-0001-6426-912X

Nhaylett Yoskyra Zurita Barrios
Magíster en Gerencia Hospitalaria;
Especialista en Cuidado Critico Adulto;
Licenciada en Enfermería;
Docente Titular en la Carrera de Enfermería de la
Universidad Metropolitana; Guayaquil, Ecuador;
yoskyrabarrios@hotmail.com;
https://orcid.org/0000-0002-1542-3351

Bianny Evita Zurita Barrios
Licenciada en Enfermería;
Técnico Docente Carrera de Enfermería de la
Universidad Metropolitana;
Guayaquil, Ecuador;
bzurita@umet.edu.ec;
https://orcid.org/0000-0001-9267-7358

Jonathan Gabriel Chuga Guaman
Magíster en Docencia Universitaria;
Licenciado en Enfermería; Universidad Metropolitana;
Quito, Ecuador;
jchuga@umet.edu.ec;
https://orcid.org/0000-0002-4250-1570

Jose David Salazar
Licenciado en Enfermería;
Técnico Docente Carrera de Enfermería de la
Universidad Metropolitana; Guayaquil, Ecuador;
jsalazar@umet.edu.ec;
https://orcid.org/0000-0002-7378-3275

Kevin Rafael Salvador Cortez
Licenciado en Enfermería;
Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador;
arkey131313@gmail.com;
https://orcid.org/0000-0001-7671-7188

Wilson Del Salto Tapia
Médico General;
Maestrante en Epidemiologia en Salud Publica;
Diplomado en Gestión Pública;
Docente de la Carrera de Enfermería de la
Universidad Metropolitana; Guayaquil, Ecuador;
wdelsalto@umet.edu.ec;
https://orcid.org/0000-0001-6818-0595

Francisco David Obando Ochoa
Licenciado en Enfermería.
Técnico Docente de la Universidad Metropolitana,
Carrera de Enfermería - Guayaquil - Ecuador
fobando@umet.edu.ec
https://orcid.org/0000-0003-3429-3342

1RA EDICIÓN

CUIDADOS HUMANOS

COMO EJE DE LA ENFERMERÍA COMUNITARIA

Revisores Académicos

Lcda. Nube Johanna Pacurucu Avila Mgs.
Magíster en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local;
Licenciada en Enfermería;
Coordinadora Comisión de Investigación de la Carrera de Enfermería, Campus Universitario Cuenca;
Universidad Católica de Cuenca; Cuenca, Ecuador;
https://orcid.org/0000-0002-4181-0099

Dra. Fanny Cecilia Rodríguez Quezada. PhD
Magíster en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local;
Doctora en Enfermería; Universidad Católica de Cuenca;
Cuenca, Ecuador;
https://orcid.org/0000-0002-8139-3816

Catalogación Bibliografica

AUTORES:

Elsa Josefina Albornoz Zamora
Marigina Guzmán
Yanetzi Loimig Arteaga Yánez
Neris Marina Ortega Guevara
Heriberto Enrique Luna Álvarez
María Auxiliadora Castillo Castillo
Ana Hilda Márquez de González
Cruz Xiomara Peraza de Aparicio
Ana Luisa Cañizales Jota
Nhaylett Yoskyra Zurita Barrios
Bianny Evita Zurita Barrios
Jonathan Gabriel Chuga Guamán
José David Salazar
Kevin Rafael Salvador Cortez
Wilson Del Salto Tapia
Francisco David Obando Ochoa

Título: Cuidados Humanos como eje de la Enfermería en la Salud Comunitaria

Descriptores: Ciencias médicas; Enfermería; Atención médica; Salud pública

Código UNESCO: 32 Ciencias Médicas

Clasificación Decimal Dewey/Cutter: 610.73069/AI149

Área: Ciencias Médicas

Edición: 1era

ISBN: 978-9942-622-00-6

Editorial: Mawil Publicaciones de Ecuador, 2022

Ciudad, País: Quito, Ecuador

Formato: 148 x 210 mm.

Páginas: 267

DOI: https://doi.org/10.26820/978-9942-622-00-6

Texto para docentes y estudiantes universitarios

El proyecto didáctico **Cuidados Humanos como eje de la Enfermería en la Salud Comunitaria,** es una obra colectiva escrita por varios autores y publicada por MAWIL; publicación revisada por el equipo profesional y editorial siguiendo los lineamientos y estructuras establecidos por el departamento de publicaciones de MAWIL de New Jersey.

© Reservados todos los derechos. La reproducción parcial o total queda estrictamente prohibida, sin la autorización expresa de los autores, bajo sanciones establecidas en las leyes, por cualquier medio o procedimiento.

Director Académico: PhD. Jose María Lalama Aguirre
Dirección Central MAWIL: Office 18 Center Avenue Caldwell; New Jersey # 07006
Gerencia Editorial MAWIL-Ecuador: Mg. Vanessa Pamela Quishpe Morocho
Editor de Arte y Diseño: Lic. Eduardo Flores, Arq. Alfredo Díaz
Corrector de estilo: Lic. Marcelo Acuña Cifuentes

1RA EDICIÓN

CUIDADOS HUMANOS

COMO EJE DE LA ENFERMERÍA COMUNITARIA

ÍNDICE

ÍNDICE

MAWIL
Publicaciones Impresas
y Digitales

PRÓLOGO 16
INTRODUCCIÓN 19

CAPÍTULO I

CUIDADO HUMANO EN ENFERMERÍA 22
Introducción 22
El cuidado de la enfermería y su andar por la historia 23
Etapa doméstica del cuidado 24
Etapa vocacional del cuidado 26
Etapa técnica del cuidado 29
Etapa profesional del cuidado 32
Modelos teóricos del cuidado humano en enfermería 32
Teoría del entorno**:** Florence Nightingale 34
Teoría de las necesidades humanas**:** Virginia Henderson 34
Teoría general del déficit de autocuidado**:** Dorothea Orem 36
Patrones funcionales de salud: Marjory Gordon 38
Cuidados básicos en enfermería 39
Definición: cuidados básicos 39
Cuidados básicos en la alimentación 41
Cuidados básicos en la movilidad 41
Cuidados básicos en el sueño y el descanso 42
Cuidados básicos en la eliminación 42
Cuidados básicos en la higiene 43

CAPÍTULO II

COMUNIDAD EN LA ENFERMERÍA COMUNITARIA 45
Definición de comunidad 45
Funciones comunes de una comunidad 47
Tipos de comunidades 48
Valoración de la comunidad 48
Modelos de valoración de la comunidad 51
Modelo de Atención Integral de Salud (ASIS) 62

CAPÍTULO III

SALUD, ENFERMERÍA Y CUIDADO DE LA FAMILIA 69
Introducción 69
Definición de familia 69
La familia desde la perspectiva sistémica 70
Clasificación de la familia 71
Funciones de la familia 72
Ciclo vital de la familia, tareas del desarrollo y teoría del desarrollo familiar 73
Cambios en la estructura familiar 75
Rol de la familia en el cuidado de la salud 76
Marco conceptual de la enfermería y salud de la familia 77
Cuidados de enfermería a la unidad familiar 78
Participación de la enfermera en la atención familiar 81
Modelo de enfermería de familia 84
Características de la familia funcional 86
Crisis de la familia y disfunción familiar 87

CAPÍTULO IV

EPIDEMIOLOGÍA: CONCEPTOS, MODELOS Y APLICACIONES .. 91
Introducción 91
Conceptos de epidemiología 91
Enfoques y modelos epidemiológicos 95
Epidemiología clásica 96
Epidemiología social latinoamericana 97
Epidemiología comunitaria 98
Hacia una epidemiología sociocultural 99
A modo de síntesis 101
Breve recorrido histórico 101
Campos de aplicación de la epidemiología 102
Determinantes sociales de la salud 103
Fundamento conceptual de los determinantes sociales de la salud 104
Análisis de la situación de salud de la población 106

Vigilancia en salud pública 108
Vigilancia epidemiológica basada en la comunidad (VEBC) 108
Objetivos de la vigilancia epidemiológica
basada en la comunidad 109
¿Cómo se realiza la vigilancia epidemiológica basada
en la comunidad?..... 110
Principales eventos de interés en salud pública (EISP)
sujetos a vigilancia epidemiológica 112

CAPÍTULO V

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y PRÁCTICAS
AVANZADAS DE ENFERMERÍA 116
Introducción 116
Antecedentes históricos de la Atención Primaria de Salud **(**APS).. 116
Definición de la atención primaria de salud:
Declaración de Alma-Ata 117
Relevancia de la participación comunitaria en la APS 120
Renovar la APS para fortalecer los sistemas de salud y la consecución
de los objetivos de salud del milenio (ODM) 121
Equipo de atención primaria de salud..... 123
Elementos esenciales de los sistemas de
salud basados en la APS 124
Acceso y cobertura universal 124
Atención integral e integrada..... 125
Énfasis en la promoción y prevención 125
Atención apropiada..... 126
Orientación familiar y comunitaria..... 126
Mecanismos activos de participación 127
Marco legal e institucional..... 127
Organización y gestión óptimas..... 127
Políticas y programas pro-equidad..... 128
Primer contacto 128
Recursos humanos apropiados 128
Recursos adecuados y sostenibles 128

Acciones intersectoriales 129
Beneficios de un sistema de salud basado en APS 129
La atención primaria de salud en Ecuador 130
Marco legal y normativo 130
Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) 131
Definición 131
Propósito del MAIS-FCI 131
Objetivo del MAIS-FCI 132
Integralidad en la participación de la comunidad 132
La atención primaria de salud y la enfermera de práctica avanzada **(**EPA) 134
Ampliar el rol de la enfermería en la atención primaria de salud ... 135
Recursos humanos para la salud 135
Rol de la enfermera de práctica avanzada en la atención primaria de salud 137

CAPÍTULO VI

LA ENFERMERÍA Y EL CUIDADO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES 141
Enfermedades crónicas no transmisible (ECNT) 141
Hipertensión arterial 144
Diabetes mellitus (DM) 145
Cardiopatía isquémica 146
Asma bronquial 148
Insuficiencia renal 149
Atención de enfermería a las enfermedades crónicas no transmisibles 151
Modelos de cuidado de enfermedades crónicas 153
Enfermería y autocuidado 157
Medidas de promoción, prevención, curación y rehabilitación 158
Proceso de cuidado integral a las personas con patologías crónicas 159
Promoción de la salud 163

CAPÍTULO VII

PROGRAMA MATERNO INFANTIL. ATENCIÓN INTEGRAL A LAS GESTANTES, RECIÉN NACIDO Y PUÉRPERAS 167
Programa materno infantil 167
Control prenatal 169
Control clínico 170
Contenidos y objetivos para el control prenatal 170
Cuidados de enfermería, antes, durante y después del parto 172
Atención a la puérpera 176
Cambios en la puérpera 177
Cuidados en el puerperio 181
Atención al recién nacido (RN) 183
Atención RN en la sala de parto 183
Examen físico del recién nacido 186
Cuidados de enfermería después del nacimiento 186
Lactancia materna 188
Composición de la leche materna 189
Ventajas de la lactancia materna 190
Cuidados de enfermería 192

CAPÍTULO VIII

PROCESOS EDUCATIVOS COMUNITARIOS 196
Salud comunitaria 196
Enfoques de la salud comunitaria 197
Características de la salud comunitaria 198
Instrumentos de los niveles de atención de la salud comunitaria 199
Abordaje de la salud desde una perspectiva comunitaria 200
Promoción de la salud 201
Importancia de la promoción de la salud 204
Metodología para la promoción de salud 205
Instrumentos de promoción de la salud en la comunidad 206
Educación para la salud (EpS) 208
Objetivos de la educación para la salud 210

Modelos de educación para la salud..... 210
Herramientas y métodos de educación para la salud..... 212
Educación para la salud y comunicación..... 214
Concepto de comunicación 215
Procesos de la comunicación 215
Funciones de la comunicación 217
Comunicación en salud 217
Metodología de la comunicación en salud 219
Comunicación terapéutica 220
Objetivos de la comunicación terapéutica..... 222
Elementos y herramientas de la comunicación terapéutica 222

CAPÍTULO IX
MÉTODOS, INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS DE MEDIDA DE LA SALUD COMUNITARIA 226
Diagnóstico de salud de la comunidad: un instrumento idóneo para la planificación y programación sanitaria. 226
Elementos básicos del diagnóstico de salud 227
Metodología del diagnóstico de salud..... 232
Métodos e instrumentos para medir la salud..... 233
Métodos de observación..... 235
Técnicas de entrevista..... 237
Encuestas..... 239
Fuentes de información y técnicas documentales 241
Indicadores sanitarios..... 243
Tipos de indicadores..... 244
Escalas para medir la salud..... 246

REFERENCIAS 250

1RA EDICIÓN

CUIDADOS HUMANOS

COMO EJE DE LA ENFERMERÍA COMUNITARIA

ÍNDICE

ÍNDICE

TABLAS

MAWIL
Publicaciones Impresas y Digitales

Tabla 1. Patrones funcionales de salud propuesto por M. Gordon. 35
Tabla 2. Patrones de valoración de Marjory Gordon..... 53
Tabla 3. Fases para la aplicación del
Modelo de Atención Integral de Salud 62
Tabla 4. Diferencias entre promoción de la salud
y la prevención de la enfermedad 156
Tabla 5. Actividades y objetivos para el control prenatal 167
Tabla 6. Cuidados de enfermería durante el parto 170
Tabla 7. Plan de cuidados de enfermería en el puerperio..... 177
Tabla 8. Beneficio de la lactancia materna 187
Tabla 9. Cuidados de enfermería en la lactancia materna 189
Tabla 10. Instrumentos para la promoción de la salud
en la comunidad 203
Tabla 11. Modelos de la educación para la salud 207
Tabla 12. Técnicas educativas individuales y grupales 209
Tabla 13. Registros y fuentes documentales de utilidad 238

1RA EDICIÓN

CUIDADOS HUMANOS

COMO EJE DE LA ENFERMERÍA COMUNITARIA

ÍNDICE

ÍNDICE

FIGURAS

MAWIL
Publicaciones Impresas y Digitales

Figura 1. Estilos de cuidados en la historia de la enfermería 20
Figura 2. Elementos metaparadigmáticos de la enfermería 29
Figura 3. Dimensiones de la salud familiar 80
Figura 4. El marco conceptual de los determinantes sociales de la salud..... 101
Figura 5. Características de las enfermedades crónicas no transmisibles..... 138
Figura 6. Modelo de cuidados crónicos 150
Figura 7. Pirámide de Kaiser..... 152
Figura 8. Componentes del sistema de atención integral materno infantil en Ecuador 164
Figura 9. Posiciones para amamantar 189
Figura 10. Características de la salud comunitaria..... 194
Figura 11. Estrategias o campos de actuación de la promoción de la salud..... 203
Figura 12. Elementos de la comunicación 212

1RA EDICIÓN

CUIDADOS HUMANOS

COMO EJE DE LA ENFERMERÍA COMUNITARIA

PRÓLOGO

PRÓLOGO

MAWIL
Publicaciones Impresas
y Digitales

La obra que presentamos al lector CUIDADOS HUMANOS COMO EJE DE LA ENFERMERÍA EN LA SALUD, representa la concreción de un significativo y loable esfuerzo de investigación, y tiene como propósito ofrecer al estudiante de enfermería y al profesional de la salud interesado, unos conocimientos sólidos acerca de una amplia variedad de temas, todos relacionados con el cuidado de enfermería en diversas situaciones.

A pesar de que tradicionalmente la formación universitaria en enfermería se ha ocupado de los cuidados agudos y a largo plazo, en la actualidad el ejercicio profesional de la enfermería, ha salido del recinto hospitalario para practicarse en diversos ámbitos, entre éstos y de mayor importancia, el de la familia y las comunidades; sin duda un cambio que ha favorecido la adopción de un enfoque holístico, humanizado y multidisciplinar de la atención al paciente.

Son realmente amplios y diversos los temas que han de abordarse en la formación del nuevo profesional de la enfermería, así como también, son grandes los desafíos y oportunidades que en el futuro inmediato habrá de afrontar en el ejercicio de la profesión.

El cuidado de los pacientes constituye la esencia y el propósito de la profesión de enfermería. Para cumplir con este designio y brindar un cuidado humanizado al paciente, el profesional de enfermería debe contar con conocimiento científico basado en evidencia, valores humanos y éticos, habilidades y destrezas prácticas, una excelente relación terapéutica con el paciente, ofrecer una atención cálida, comprometida y de óptima calidad, debe escuchar al paciente y mantener una comunicación afectiva, cuidar con empatía y mantener siempre el respeto por su dignidad.

En un escenario como el descrito, la solidez de la formación humanística, ética y académica del estudiante de enfermería reviste una importancia clave.

En este libro se abordan las temáticas de mayor actualidad e interés para los cursos universitarios de enfermería. Se compilan y sistematizan los conocimientos de innumerables y prestigiosos autores, acompañándose el texto de una amplia bibliografía que permite la profundización de los conocimientos adquiridos. Por último, este libro pretende ser un referente para la consulta cotidiana del estudiante de enfermería y así contribuir con su formación académica e integral.

Los autores

1RA EDICIÓN

CUIDADOS HUMANOS

COMO EJE DE LA ENFERMERÍA COMUNITARIA

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

MAWIL
Publicaciones Impresas
y Digitales

Para el profesional de enfermería, el cuidado se considera la razón de ser de la profesión. El cuidar y el cuidado se constituyen en el «hacer» de la enfermería como un modo, una forma, un sistema, una estructura, un proceso con estrategias formales e informales, visibles, sentidas, percibidas o no, que configuran la práctica del ser-haciendo a través de la salud de los seres humanos en su proceso de vivir. Para Heidegger (1) el cuidado es una constitución ontológica, siempre subyacente a todo lo que el ser humano emprende, proyecta y hace; el cuidado suministra preliminarmente el fundamento en que se mueve toda interpretación del ser humano. En esta perspectiva, el cuidado humano, trasciende el acto y va más allá de la acción del profesional de enfermería y produce actos colectivos de la profesión que tienen consecuencias importantes para la vida humana.

Desde esta noción, la presente obra se plantea como objetivo la reflexión acerca de los cuidados humanos como eje de la enfermería, cuyo contenido comprende el siguiente esquema de exposición.

En el primer capítulo se hace referencia al cuidado humano en enfermería, partiendo de los cuidados y su andar en la historia, continuando con la reflexión sobre los modelos teóricos del cuidado humano y los cuidados básicos en enfermería.

El segundo capítulo se relaciona con la enfermería comunitaria, definiendo la comunidad, la valoración comunitaria y el modelo de atención integral en salud. En el tercer capítulo se hace alusión a la salud, enfermería y cuidado de la familia, con especial énfasis en la definición de familia y el marco conceptual de la salud familiar y los cuidados de enfermería a la unidad familiar.

El cuarto capítulo trata sobre la epidemiología, conceptos, enfoques, campos de aplicación y los objetivos de la vigilancia epidemiológica en salud pública. El quinto capítulo está orientado a la atención primaria y a las prácticas avanzadas de enfermería. Se examina los antecedentes

históricos de la atención primaria en salud (APS), la importancia de la partición comunitaria en la APS y los sistemas y de salud basados en la APS, la atención primaria en Ecuador y el modelo de atención integral de salud con enfoque familiar, comunitario e intercultural. Igualmente se reflexiona sobre el rol de la enfermera de práctica avanzada en la APS.

La enfermería y el cuidado de enfermedades crónicas no transmisibles se exponen en el capítulo seis, orientando la discusión sobre este tipo de enfermedades y el papel de los cuidados de enfermería. El capítulo siete se enfoca sobre los programas materno-infantiles, cuidados prenatales, atención a la puérpera, al recién nacido y la lactancia materna. El capítulo ocho se enfoca en los procesos educativos comunitarios, iniciando con la salud comunitaria, promoción de la salud, educación para la salud, comunicación en salud y la comunicación terapéutica. Se finaliza la obra con los métodos, instrumentos y técnicas de medida de la salud comunitaria, partiendo con el diagnóstico de salud comunitario, métodos e instrumentos para medir la salud en la comunidad, las fuentes de información y técnicas documentales, indicadores sanitarios y las escalas para medir la salud.

1RA EDICIÓN

CUIDADOS HUMANOS

COMO EJE DE LA ENFERMERÍA COMUNITARIA

CAPÍTULO I

CUIDADO HUMANO EN ENFERMERÍA

MAWIL
Publicaciones Impresas y Digitales

Introducción

Cuidar es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad. El cuidado está considerado como un proceso de vertebración en la disciplina de enfermería, por tanto, en enfermería, el cuidado se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también a la enfermera como transmisora de él. El cuidado de enfermería da significado y es significante del encuentro cara a cara con el otro, que interpela y espera una respuesta profundamente humana, comprensiva y amorosa, que solo se puede dar a partir del establecimiento de un vínculo que da sostén a esa intervención que es única entre uno y otro.

Según Watson (2) el cuidado se manifiesta en la práctica interpersonal, que tiene como finalidad promover la salud y el crecimiento de la persona. Ahora bien, el instinto de conservación de los seres vivos más evolucionados y el cuidado en el ser humano son un acto ontológico que se origina en la naturaleza misma de los seres vivos, pero que se consuma en el mundo de los actos. Los seres humanos, además del cuidado –en sentido natural–, por su condición intelectiva están atravesados por la conciencia y por la capacidad que tienen las personas de volver sobre ellas mismas; esto significa que, además de cuidar, saben que dirigirse hacia el bienestar, alejarse más del dolor y del sufrimiento constituye uno de los caminos esenciales de las personas.

En tal sentido, el cuidado no solo es una actitud intrínseca de los seres humanos, sino un conjunto de actos conscientes del sujeto mismo que se manifiestan según las circunstancias, pero también es una labor que los profesionales de la salud cultivan como producto de su profesión misma; es el caso de la enfermería, que ha adoptado el cuidado como objeto de reflexión y de trabajo (3). El cuerpo tiene sus propios mecanismos de conservación, lo que hace la humanidad y las tecnologías médicas es amplificar estos mecanismos naturales del cuerpo. En este mismo sentido, el cuidado en enfermería debe convertirse en un

espacio de reflexión, humanización y acercamiento a la persona que requiere el cuidado

Por ello, Swanson (4) propone cinco procesos básicos secuenciales (conocimiento, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias), en los que se hace evidente el cuidado de la salud, que se caracteriza por la actitud filosófica del profesional de la enfermería: la comprensión, los mensajes verbales y no verbales, las acciones terapéuticas y las consecuencias de los cuidados.

En este aspecto, la evolución del cuidado enfermero está estrechamente ligada a la consideración del concepto de salud-enfermedad que ha caracterizado cada momento histórico.

El cuidado de la enfermería y su andar por la historia

El proceso histórico del propio fenómeno de cuidar a quienes no pueden hacerlo por sí mismos, ha dado pie a la evolución hacia una mayor complejidad de cuidados, generando estructuras de identidad de la enfermería con el cuidado, que tiene como objetivo la sobrevivencia y bienestar de aquellos que, incluso, están por perecer.

El cuidado humano ha sido identificado como el núcleo de la formación y ejercicio del profesional de enfermería, centrado en la persona, en su ***continuus salud-enfermedad,*** desde la concepción hasta la muerte, en la familia y los grupos poblacionales. Ahora bien, la enfermería es una disciplina adaptativa a los cambios históricos, se ha ido moldeando a las demandas de una sociedad cada vez más exigente hasta llegar a ser considerada una técnica de estudio e investigación que debe ser mejorada día tras día. Es por ello, que la historia de la enfermería se puede dividir en cuatro etapas (figura 1), identificadas por Collière (5) que corresponden a una evolución en cuanto al trato de los cuidados.

Etapa doméstica del cuidado

Esta primera etapa corresponde a la prehistoria y las primeras civilizaciones. En la prehistoria el cuidado del grupo, de la prole, recaía en la figura de la mujer, que debía garantizar la supervivencia de la especie. Los cuidados humanos (de la madre a los hijos, a la familia, o de los guerreros entre sí, son otros tipos de cuidados), y en particular el cuidado del enfermo o del herido, adquirieron un valor social, dejando de ser solamente una potencialidad biológica. Se convirtieron cada vez más en una tarea intencionada y dotada de valores históricamente y culturalmente desarrollados.

Figura 1. Estilos de cuidados en la historia de la enfermería.
Fuente: Collière (5).

En esta misma época primitiva, se estableció la primera división del trabajo, fundamentada en la naturaleza biológica de la reproducción y la fecundidad; quedan pues bajo la responsabilidad de la mujer los cuidados de conservación y supervivencia de la comunidad. El hecho de que sea la mujer la que adopte este rol de cuidadora no es mera casualidad, sino que tiene profundas connotaciones simbólicas, ya que al ser esencial el parto para la supervivencia de la especie, todos los cuidados que éste conlleva, como la fertilidad, la lactancia y los cuidados perinatales, son asumidos por la mujer, sentándose las bases de la

posterior división sexual del trabajo. Como resultado de esta importante misión, la mujer va a permanecer más tiempo en el poblado, ocupándose también de cuidar a los heridos y a los enfermos, al mismo tiempo que se encarga de las tareas de mantenimiento del campamento.

El cuidar se fundamentaba en el permitir que la vida, como era conocida, continúe, y estaba otorgado por cualquier persona (mujer) que pudiera asumir el rol de cuidado. Dos orientaciones enmarcan las acciones de cuidado: el bien que es diferente al mal; el primero ligado al concepto de fecundidad, amor, menstruación, nacimiento, luz, por tal razón se le delegaba a la mujer, dada su naturaleza como ser dador de vida; contrario a lo que le ocurría al hombre, cuyas acciones de cuidado estaban enmarcadas por el tener que enfrentarse a la muerte (a través de la caza y la pesca); es ahí donde surge el desarrollo del concepto del mal ligado al hombre (6).

La antigüedad se entiende como una época de esplendor cultural y donde se desarrollaron importantes civilizaciones con sus características peculiares, y ello se reflejaba en el cuidado enfermero que practicaban. En esta época, el desarrollo de la práctica de enfermería se caracterizó fundamentalmente porque se responsabilizó a la mujer de las actividades propias de su sexo, es decir, el cuidado familiar, en el que se incluían la alimentación, la higiene y la aplicación de remedios para la salud, lo cual significa que la práctica de los cuidados se desarrollaba prioritariamente en el hogar, realizado por las mujeres y auxiliadas por otra clase de personas a las que ellas podían mandar, como los esclavos. Lo anterior revela la nula importancia social a los cuidados de enfermería de entonces, porque se les relacionaba con quienes los practicaban: las mujeres y los esclavos, así como por su carácter manual, ya que es bien conocido el desprecio que existió entre el pueblo griego por las labores manuales, las que delegaron a las clases inferiores.

A la enfermedad en las civilizaciones como Babilonia, el antiguo Egipto, sumerios, asirios, le daban un significado religioso. Las enfermedades eran consideradas un castigo, se clasificaba según el delito cometido, por tanto, mientras más grave era la enfermedad, prácticamente eran desterrados de su hogar, confinado a vivir aparte, manteniendo un mínimo contacto con los demás familiares (7). Al asociar lo divino con la enfermedad, en la siguiente etapa del cuidado, los religiosos serán los encargados de brindar los cuidados de las personas.

Etapa vocacional del cuidado

Este momento de la historia se caracteriza con la fuerte influencia del cristianismo. El cristiano expresaba su devoción a Dios mediante el cuidado y el amor hacia los pobres y los enfermos. El valor religioso de la salud se determinó por la convicción de que la enfermedad era una gracia del todopoderoso, por tanto, el que sufre es un elegido de Dios. La actividad de cuidar también va a relacionarse con las creencias de los incipientes cristianos y con las normas establecidas por las ideas religiosas (5).

Como consecuencia de esta filosofía, lo verdaderamente importante son las actitudes que debían mostrar y mantener las personas dedicadas al cuidado, actitudes consistentes en hacer votos de obediencia y de sumisión, en actuar en nombre de Dios, en permanecer en el seno de la Iglesia, en reconfortar a través del consejo de tipo moral y en utilizar el cuidado como vehículo de salvación propia y de comunicación con Dios.

Por otro lado, con la llegada del cristianismo, se genera un cambio en el concepto de cuidado, donde la mujer que lo brinda, basada, por ejemplo, en el cuerpo y la alimentación, se convierte en transmisora de creencias y ritos paganos, por lo que son juzgadas y perseguidas por la sociedad al catalogarlas como brujas, pues las normas cristianas eran estrictas y rechazaban todo contacto corporal, esta incipiente enfermera centró la atención a los enfermos en la palabra, en forma de oración y en los consejos morales.

El cuidado enfermero experimentó con el cristianismo, una transformación en relación con sus orígenes estrechamente ligados con el cuidado materno. De acuerdo con la nueva percepción, esta asociación pareció considerarse limitante como ocupación humana caritativa, la que la mujer es capaz de brindar en virtud de sus potencialidades reproductivas.

Los cuidados de las mujeres entran en contraposición con los mandatos de la Iglesia; para la época, la convicción de que el alma es presa del cuerpo y que este último se opone al caminar del alma –sumisión del espíritu– dieron por origen lo divino, lo que hace que las mujeres, como símbolo de sexualidad, sean condenadas y tratadas como puertas al infierno y encarnaciones de satán. Los cuidados y prácticas referentes a la maternidad y hasta la misma lactancia son vistos como objetos de aversión y rechazo.

Igualmente, se crean los servicios de caridad (a cargo de diáconos y diaconisas) para ofrecer un servicio de cuidado a los más desprotegidos de la sociedad, pues, el cristianismo significó una gran ventaja para la sociedad: proclamaba la justicia entre todos los hombres. Ello significó que hombres y mujeres eran reconocidos con las mismas potencialidades de servir y merecimiento para ser servidos en sus necesidades sin esperar recompensas materiales.

Los cristianos, que al principio brindaron un servicio en la comunidad en forma dispersa, sin organización, comenzaron a formar grupos con normas de comportamiento y pensamiento en torno a los principios cristianos. Se crearon así las órdenes o congregaciones religiosas masculinas y femeninas, para seguir las tareas en coordinación con el proselitismo religioso en favor del cristianismo, por lo que podría considerarse el inicio de la institucionalización, también denominada etapa vocacional por el fervor con que se emprendió.

El amor al semejante centra la atención de toda una sociedad y tiene unas repercusiones importantes para la enfermería, por lo que plasmar estas fundamentales novedades que introduce el cristianismo con relación al mundo de los enfermos tuvo al menos las siguientes consecuencias:

- La consideración del sentimiento de ayuda al enfermo como un deber religioso y por tanto la creación de instituciones dedicadas a este fin.
- La condición igualitaria del tratamiento: no hay diferencia entre griegos, bárbaros, hombres libres y esclavos, pobres y ricos. Todos son atendidos sin que exista discriminación, como ocurría en el mundo pagano.
- La incorporación metódica del consuelo. En cierto sentido, técnico, una especie de psicoterapia en la acción del médico y del cuidador.
- La asistencia gratuita, solo por caridad al enfermo.
- La valoración moral y terapéutica de la convivencia del dolor. El dolor y sufrimiento eran sobrellevados pacientemente.

La enfermería en este período es un acto altruista, un acto de misericordia y amor por el prójimo, un acto por el que no se espera nada a cambio, por el que te despojas de todos tus bienes materiales y te expones libremente a la enfermedad, a la posibilidad de contagio, por amor a Dios (8). Así se fortaleció el importante papel de la mujer, puesto que el cristianismo amplió el campo de trabajo de la mujer en las tareas asistenciales y de enseñanza cristiana, y permitió el acceso de mujeres a asumir con liderazgo las tareas caritativas. Las diaconisas formaron parte de lo que se llamó diaconatos (servidor) que ayudaban a los apóstoles, cuya misión era la de brindar servicios sociales, eran consideradas colaboradoras no eclesiásticas para visitar hogares de los necesitados y estaban al servicio de la Iglesia. Con la aparición de los diaconatos se funda las xenodochias cristianas, que se caracterizaron por dar albergue a los enfermos y al necesitado.

Durante la baja Edad Media el crecimiento de los hospitales se vio favorecido por la demanda de la época, así como por factores tales como:

- Escasez de hospitales para enfermos, ya que los existentes hasta entonces estaban organizados para atender a huérfanos, a viajeros y a menesterosos.
- Propagación de enfermedades infecciosas, en ocasiones incontrolables, favorecidas por las condiciones de hacinamiento

A partir del siglo XVII se inició de forma progresiva la función asistencial del hospital, incorporándose de manera paulatina médicos, cirujanos y barberos, y se separó a los enfermos por tipos de enfermedades. A lo largo del período comprendido entre el Renacimiento y la Ilustración se fue produciendo de forma progresiva la secularización de los hospitales. De esta manera, al finalizar el siglo XVIII, el hospital pasa de ser una institución eclesiástica a ser una institución civil. La Iglesia, adaptándose a los cambios producidos, empieza a fundar órdenes y congregaciones con la intención de prestar atención a grupos que por sus características no eran atendidos en los hospitales seglares.

Etapa técnica del cuidado

Con el advenimiento del capitalismo, el cuidado enfermero continuó siendo función preponderante de las religiosas, sobre todo en los países católicos: sin embargo, en los países protestantes sufrió de diferente manera los efectos de la Reforma de la Iglesia, es decir, en esos lugares se eliminó a las religiosas del campo de la atención al enfermo y se asignó la responsabilidad a laicos, quienes recibían remuneración económica por sus servicios.

De manera que la etapa técnica de los cuidados humanos en enfermería se inicia en el mundo contemporáneo con la separación del dominio político, dando lugar a la separación de la Iglesia y el Estado. La llegada de la medicalización, inducida por el fortalecimiento de ciencias como la física y la química, comunica el retroceso de la identificación

de los cuidados de la mujer consagrada, lo cual ayuda a construir la figura de la nueva mujer. Para Moreno, Fajardo, Ibarra y Restrepo (9) esta etapa se relaciona con los cuidados y con el concepto de la salud como lucha contra la enfermedad, en el mundo contemporáneo la enfermedad pierde connotación religiosa.

El paso en la historia del mundo occidental de la Edad Media a la Edad Moderna se dividió en tres etapas: el Renacimiento (siglo XVI), el Barroco (siglo XVII), y la Ilustración (siglo XVIII). Esta fase del desarrollo de la sociedad, supone el arte como el centro de todo, adora la belleza y al ser humano antes que la religión. Además, con los avances científicos y tecnológicos aplicados a la atención médica, que se venían produciendo lentamente desde el Renacimiento, tuvieron su exponente más claro en el siglo XIX. Este desarrollo condujo a la clase médica a un mayor conocimiento, que se orientó de forma predominante hacia la búsqueda de las causas de la enfermedad y su tratamiento. A raíz del impulso de la tecnología fue posible el diseño y la fabricación de instrumental y aparataje cada vez más complejos. Se fomentó la concentración de todos los servicios sanitarios para la atención diagnóstica y curativa en los hospitales, y estas instituciones se convirtieron en el principal eje asistencial.

La nueva complejidad tecnológica requirió la aparición de personal cualificado que asumiera algunas de las tareas que realizaban los médicos: unas referidas a pruebas diagnósticas (análisis o medición de signos vitales), y otras, con fines curativos (administración de fármacos o realización de curas). De esta manera, a las personas dedicadas al cuidado de los enfermos se les denominó personal paramédico o auxiliar, término inspirado en las tareas que realizaban, en su mayor parte delegadas por los médicos. La transición de la etapa vocacional a la etapa técnica se produjo de una forma lenta y progresiva, debido a la influencia del pensamiento tradicional respecto del papel de la enfermería como profesión predominantemente de mujeres y, durante siglos, reservada a las religiosas (5). La separación de los poderes po-

lítico y religioso permitió el inicio de la profesionalización de las enfermeras, hecho que se atribuye a Florence Nightingale, al considerar que la enfermería es una vocación que requiere sujetos aptos e inteligentes a los cuales hay que remunerar por la calidad de su servicio.

Con el inicio de la revolución industrial surgió el hombre industrial incipiente, que modificó significativamente el equilibrio ecológico de la sociedad hasta ese momento. En relación con la interpretación de la enfermedad, en el siglo XIX se inaugura una nueva fase en la que la religión y las causas sobrenaturales no son tomadas como base para explicar la etiología de los problemas de salud. La influencia del positivismo en la medicina potencia la aplicación de métodos científicos que permiten conocer empíricamente tanto la causa desencadenante de la enfermedad como su tratamiento.

La visión de los cuidados tuvo consecuencias importantes a partir de la Declaración de los Derechos Humanos que implicó un cambio en la consideración de la salud, que dejó de concebirse como un proceso individual de responsabilidad personal y privada. La concepción de la salud como un derecho inalienable del hombre dio como resultado que la asistencia sanitaria no pudiera ser un acto curativo individual, sino un derecho de todo trabajador.

Todos estos aspectos marcan la práctica de la enfermería en busca de un cambio en el desarrollo de un contenido profesional, que aprovecha las fuentes médicas, pero rescata el deseo permanente de conocimiento. Durante este período la semilla que sembró Nigthingale de una educación para ser enfermera y las necesidades por enfermedades, guerras y aumento de los hospitales le otorgará a la enfermería, las condiciones necesarias para evolucionar como una ciencia y una profesión. Surgen otros personajes como Dorotea Orem, Hildegard Peplau, Virginia Henderson, entre otros, que ofrecen nuevos conceptos acerca de la profesión y modelos para ofrecer los cuidados necesarios en la profesión (9).

Etapa profesional del cuidado

En esta etapa de los cuidados, la enfermería se consolida como una disciplina, con un cuerpo de conocimientos propio y una responsabilidad definida en la atención a la salud de la población. La profesionalización del cuidado y los centros sanitarios están en una gran transformación, tanto relativa a la organización como al funcionamiento de la asistencia. Las nuevas tecnologías de la información y la comunicación han abierto un abanico de posibilidades para renovar y mejorar las relaciones entre los profesionales y los pacientes o usuarios y entre los profesionales y los gestores de los centros. La finalidad última es mejorar los procesos asistenciales, así como facilitar los mecanismos de comunicación y seguimiento a los cuidados. Todo ello ha dado lugar a una informatización progresiva de los procesos y a una estandarización de la actuación de protocolos y guías clínicas. Las decisiones médicas corresponden cada vez más a un uso racional explícito, juicioso y actualizado de los mejores datos objetivos al tratamiento y cuidado de cada paciente. Las opiniones y experiencias personales se han ido sustituyendo por decisiones avaladas en estudios científicos, consiguiendo otorgar al cuerpo conocimientos teóricos con una validez global en un mundo cada vez más interconectado.

Por otro lado, la consideración de la enfermería como una profesión auxiliar de la medicina ha ido cambiando, imponiéndose una redefinición de las actividades del profesional de la enfermería. De una asistencia centrada en la enfermedad y con un contenido básicamente práctico se ha ido pasando a una profesión orientada a atender la salud y con un enfoque más integral de la persona, incluyendo ámbitos como la docencia, la gestión, ampliando de esta forma la responsabilidad profesional.

Modelos teóricos del cuidado humano en enfermería

La finalidad de la enfermería es el cuidado, el cual se enmarca en acciones e intervenciones con un sólido fundamento científico y humanista, sustentado en modelos teóricos que orientan la disciplina y la prác-

tica profesional. Estos modelos permiten el desarrollo de la profesión ya que conllevan la interacción de un cuerpo de conocimientos que mejoran la práctica de las enfermeras en todas las áreas.

De tal forma que el núcleo de la enfermería lo constituye el cuidado. Sin embargo, el término en sí tiene un significado muy amplio. Por esta razón, y en el sentido profesional que le otorga la enfermería, es preciso matizarlo y analizarlo. Éste es el objetivo de la elaboración de los modelos teóricos explicativos. Por ello, se ha establecido un consenso tomando cuatro conceptos (figura 2) como los principales núcleos de los cuidados en enfermería.

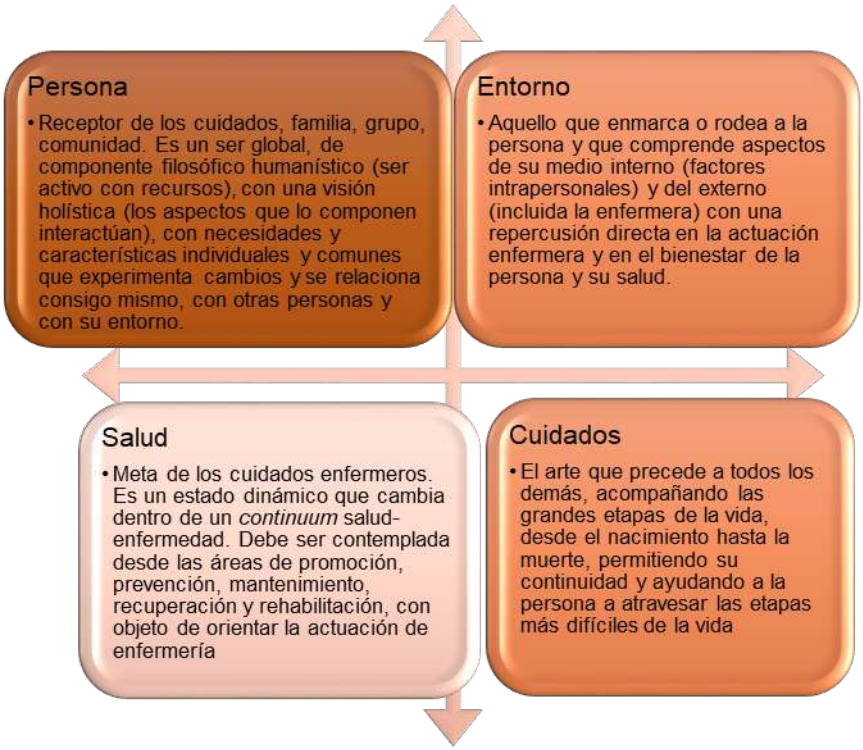


Figura 2. Elementos metaparadigmáticos de la enfermería.
Fuente: Los Autores

Los modelos y teorías se pueden agrupar en función de la orientación que los cuidados de enfermería reciben. A continuación, se describe los principales aportes de estas teorías.

Teoría del entorno: Florence Nightingale

El fundamento de la teoría de Nightingale es el entorno, las condiciones y fuerzas externas que influyen en la vida de una persona. Su objetivo es colocar al ser humano en las mejores condiciones posibles para que la naturaleza actúe sobre él y consiga evitar la enfermedad, o alcanzar la recuperación. La actividad de la enfermera está orientada hacia la modificación del entorno como instrumento de mejora en las condiciones de vida personales y de la comunidad (10).

Metaparadigmas

- Persona: ser humano afectado por el entorno y bajo la intervención de una enfermera.
- Entorno: condiciones y fuerzas externas que afectan a la vida.
- Salud: bienestar mantenida. La enfermedad se contempla como un proceso de reparación instaurado por la naturaleza. Enfermería: la que colabora para proporcionar aire fresco, luz, calor, higiene, tranquilidad. La que facilita la reparación de una persona.

Para Nightingale el entorno físico está constituido por los elementos físicos en los que el paciente es tratado, tales como:

- Ventilación adecuada
- Luz adecuada
- Calor suficiente
- Control de efluvios
- Control del ruido

El entorno psicológico puede verse afectado negativamente por el estrés y el entorno social que comprende el aire limpio, el agua y la eliminación adecuada, implica la recogida de datos sobre la enfermedad y la prevención de la misma.

Teoría de las necesidades humanas: Virginia Henderson

Fue una de las primeras teóricas que incluyó los aspectos espirituales en el cuidado del enfermo. Parte de la teoría de las necesidades huma-

nas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería, define la salud como la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las catorce necesidades básicas, similares a las de Maslow.

Metaparadigmas

- Persona: Individuo que necesita de la asistencia para alcanzar la salud e independencia o para morir con tranquilidad. Considera a la familia y a la persona como una unidad.
- Salud: Capacidad del individuo para funcionar con independencia.
- . Enfermería: La ayuda principal al individuo enfermo o sano para realizar actividades que contribuyan a la salud o a la recuperación y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible o a tener una muerte tranquila

La enfermera atiende al paciente con actividades dirigidas al mantenimiento de la salud, recuperación de la enfermedad o al logro de una muerte tranquila. Para la salud del paciente es un criterio imprescindible su independencia (11).

Henderson establece 14 necesidades básicas que el paciente ha de satisfacer:

1. Respiración normal.
2. Alimentación e hidratación adecuada.
3. Eliminación de los desechos corporales.
4. Movimientos y mantenimiento de posiciones deseadas.
5. Sueño y descanso.
6. Selección apropiada de la ropa.
7. Mantenimiento de la temperatura corporal.
8. Mantenimiento de la higiene corporal y el peinado.
9. Prevención de los peligros ambientales.
10. Comunicación.
11. Vivir de acuerdo con sus creencias y valores.

12. Trabajar de forma que proporcione satisfacción.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender y satisfacer la curiosidad que permita un desarrollo de salud normal.

Define la enfermería como la asistencia al individuo tanto sano como enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud, a su recuperación o a lograr una muerte digna. Son actividades que realizaría por él mismo si tuviera la fuerza, el conocimiento o la voluntad necesarias, con la finalidad de que le ayude a ganar la independencia. La enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos, actúa como miembro del equipo de salud, posee conocimientos tanto de biología como de sociología, puede evaluar las necesidades humanas básicas. Identifica tres niveles de función enfermera:

- Sustituta: la función es compensatoria, proporcionando aquello de lo que carece el paciente.
- Ayudante: diseña las intervenciones clínicas.
- Compañera: construye una relación terapéutica con el paciente y actúa como miembro del equipo de salud.

Por otro lado, la persona debe mantener su equilibrio fisiológico y emocional, el cuerpo y la mente son inseparables, requiere ayuda para conseguir su independencia. La salud es calidad de vida, es fundamental para el funcionamiento humano, requiere independencia e interdependencia, favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo. Las personas sanas pueden controlar su entorno, la enfermera debe formarse en cuestiones de seguridad, proteger al paciente de lesiones mecánicas (11).

Teoría general del déficit de autocuidado: Dorothea Orem

Se trata de una teoría general compuesta por otras tres, que están interrelacionadas entre sí: la teoría del autocuidado, déficit del autocuidado y los sistemas de enfermería (12).

Metaparadigmas

- Persona: paciente, un ser que tiene funciones biológicas, simbólicas y sociales, y con potencial para aprender y desarrollarse. Con capacidad para autoconocerse. Puede aprender a satisfacer los requisitos de autocuidado; si no fuese así, serán otras personas las que le proporcionen los cuidados.
- Entorno: aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona.
- Salud: «Estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental», por lo que la salud es un concepto inseparable de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales. Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones.
- Enfermería como cuidados: Ayudar a las personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico o a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de otros.

a. Teoría del autocuidado:
Las actividades de autocuidado se aprenden conforme el individuo madura y son afectados por creencias, culturales hábitos y costumbres de la familia y de la sociedad. Edad, etapa del desarrollo y estado de salud, pueden afectar la capacidad del individuo para realizar actividades de autocuidado. Para Orem existen tres categorías de requisitos de cuidados de enfermería:

- requisitos de autocuidado universales;
- requisitos de autocuidado de desarrollo;
- requisitos de autocuidado en caso de desviación en la salud.

b. Teoría del déficit de autocuidado: Se produce cuando la agencia de autocuidado no satisface los requisitos de autocuidado, es decir, cuando el paciente no es capaz de cuidarse por sí mismo. En esta situación se produce una satisfacción de los requisitos de cuidado del paciente mediante cinco métodos de ayuda: actuar, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno que fomente las capacidades del paciente.

c. Teoría de sistemas de enfermería: Cuando aparece el déficit de autocuidado la enfermera podrá compensar la carencia mediante el sistema de enfermería, mediante tres sistemas de compensación:

- Sistema de compensación total: Requiere que se actúe en su lugar por incapacidad total o una situación limitante.
- Sistema de compensación parcial: Se da cuando puede satisfacer parte de sus requisitos de autocuidado, pero precisa la ayuda de la enfermera.
- Sistema de apoyo educativo: Cuando satisface sus requisitos de autocuidado, pero precisa ayuda para la toma de decisiones, la adquisición de habilidades y el control de la conducta.

Patrones funcionales de salud: Marjory Gordon

Se entiende por patrones funcionales una configuración de comportamientos más o menos común a todas las personas que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo (13).

De la valoración de los patrones funcionales se obtiene una importante cantidad de datos relevantes de la persona (físicos, psíquicos, sociales, del entorno), de una manera ordenada, lo que facilita a su vez el análisis de los mismos. La valoración se realiza mediante la recogida de datos subjetivos, objetivos, la revisión de la historia clínica o informes de otros profesionales (13).

Así, se contempla al paciente de forma holística y se recoge toda la información necesaria del paciente, familia y entorno. Los 11 patrones propuestos (tabla 1) son una división artificial y estructurada del funcionamiento humano integrado, no deben ser entendidos de forma aislada, la interrelación que se da entre ellos es lógica, las personas son un todo sin compartimentar, todo influye en todo (el entorno, la cultura, el nivel social, los valores, las creencias…). En cada patrón, el profesional debe recoger datos sobre la conducta disfuncional y funcional del paciente.

Tabla 1. Patrones funcionales de salud propuesto por M. Gordon.

Patrón	Descripción
1. Percepción manejo de la salud	Salud y bienestar percibido por el paciente y manejo de su salud
2. Nutricional metabólico	Consumo de alimentos y líquidos relativo a las necesidades metabólicas y aporte de nutrientes
3. Eliminación	Función excretora (intestino, vejiga y piel)
4. Actividad-ejercicio	Ejercicio, actividad y ocio
5. Sueño-descanso	Sueño, descanso y relajación
6. Cognitivo perceptual	Sensibilidad, percepción y cognición
7. Autopercepción autoconcepto	Autoconcepto del paciente y la percepción del estado de ánimo
8. Rol-relaciones	Compromiso del rol y relaciones
9. Sexualidad reproducción	Satisfacción sexual y patrón reproductivo
10. Adaptación tolerancia al estrés	Afrontamiento general y efectividad en términos de tolerancia al estrés
11. Valores-creencias	Valores, metas o creencias (incluyendo las espirituales) que guían las elecciones o decisiones de la persona

Fuente: Lozano (13).

Los patrones que son funcionales, eficaces, describen un nivel óptimo de funcionamiento, implican salud y bienestar. Los patrones disfuncionales o potencialmente disfuncionales, es decir, alterados o en riesgo de alteración, describen situaciones que no responden a las normas o a la salud esperadas de una persona, se definen como problemas de salud, limitan la autonomía del individuo, la familia y/o la comunidad (13).

Cuidados básicos en enfermería

Definición: cuidados básicos

Los cuidados básicos de enfermería pueden definirse como los cuidados que requiere cualquier persona, sea cual sea su diagnóstico médico y complementando el tratamiento médico prescrito. Además, hay que tener en cuenta que estos cuidados son aplicables en cualquier medio: el hogar, el hospital, la escuela, etc. Por lo tanto, aplicar los cuidados básicos de enfermería consiste en atender al individuo, sano o enfermo, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o al restablecimiento de la misma; teniendo en cuenta que

siempre se debe dirigir a la persona hacia el mayor grado de independencia posible (14).

Los cuidados básicos en enfermería se rigen por los siguientes criterios:

***Valoración del paciente*:** La valoración del paciente es la primera etapa del proceso de cuidado, el que se determina a través del método enfermero. El término de valoración, en forma consensuada se le considera como un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recolección e interpretación de información, que permite determinar la situación de salud que están viviendo las personas y sus respuestas a ésta, a partir de la cual se genera un juicio clínico (15), cuyas características son:

- Planificado: Es decir, no improvisado, sino pensado y diseñado de antemano.
- Sistemático: Esto es que requiere de un orden, de un método para su realización.
- Continuo: Comienza cuando la persona entra en contacto con el sistema de cuidados de enfermería.
- Deliberado: Es decir, que precisa de una actitud reflexiva voluntaria, consciente y con un objetivo por parte de quien la ejecuta

El tipo de valoración que se realice y el paradigma que se contemple determinará la forma de construcción de los diagnósticos sobre los cuales el profesional de la enfermería debe diseñar su actuar.

***Planificación de los cuidados*:** La planificación de los cuidados puede definirse como la agrupación de datos para establecer un juicio clínico sobre el problema o afección del paciente o, dicho de otro modo, para establecer un diagnóstico (14), incluye la formulación de objetivos mensurables, realistas y centrados en el paciente, que permitan proporcionar una atención personalizada y los procedimientos que permitirán alcanzar los objetivos propuestos.

***Intervención*:** Momento en el que la enfermera lleva a cabo las actividades programadas en la etapa de planificación.

Cuidados básicos en la alimentación

La alimentación es una necesidad básica de todos los seres humanos, imprescindible para la supervivencia y que, entre otros factores, influye en el estado de salud ya que una correcta alimentación previene enfermedades y mejora la evolución clínica de las mismas. La alimentación equilibrada, junto con una correcta hidratación y el ejercicio físico, son considerados pilares fundamentales para mantener la salud. Por la influencia significativa que desempeña la nutrición adecuada en la conservación de salud y la prevención de las enfermedades, el enfermero debe integrar la valoración nutricional a los cuidados de su paciente.

Por lo anterior, la valoración nutricional es aquella que permite conocer si los pacientes presentan estados carenciales o de exceso de determinados nutrientes (14). La valoración nutricional es un procedimiento mediante el que, a partir de un uso conjunto de técnicas (historia clínica y dietética, examen físico, antropometría, determinaciones analíticas y valoración funcional), se establece el diagnóstico nutricional de un individuo. La valoración nutricional permitirá establecer el diagnóstico de desnutrición. El tratamiento nutricional consta de varios escalones con diferentes niveles de complejidad según las necesidades estimadas en la valoración nutricional de cada paciente.

Cuidados básicos en la movilidad

La capacidad de moverse tiene estrecha relación con la satisfacción del resto de las necesidades humanas básicas. El ejercicio regular contribuye al funcionamiento saludable de cada sistema corporal (14). Ahora bien, las personas en situación de dependencia pueden estar largos períodos de tiempo con un gran sedentarismo e incluso inmovilismo, por lo que hay que proteger las zonas de riesgo en donde se pueden provocar úlceras por decúbito, estas zonas de riesgo se extienden, sobre todo, en las zonas de prominencias ósea.

Igualmente, los pacientes hospitalizados presentan diversos grados de dependencia para todas sus funciones y actividades de la vida diaria. En función de ese grado de dependencia, se puede clasificar a los pacientes en: pacientes autónomos, que son los que realizan sus actividades diarias sin necesidad de ninguna ayuda; pacientes que colaboran, que son los que, bien porque no pueden o bien porque su patología así lo aconseja, necesitan ayuda para realizar sus actividades diarias; y, por último, los pacientes dependientes o pacientes que no colaboran, que son los pacientes que no pueden ni siquiera ayudar para realizar sus actividades diarias y, por lo tanto, necesitan que el personal de enfermería les asista totalmente.

Cuidados básicos en el sueño y el descanso

Tanto la calidad como la cantidad del sueño se ven afectadas por una serie de factores, por lo que se tendrá que valorar los hábitos de sueños del paciente, realizando las intervenciones necesarias para favorecer el descanso/sueño, mediante un plan educativo, tanto para el paciente como para la familia con medidas que favorezcan el sueño.

Cuidados básicos en la eliminación

La eliminación se puede definir como la necesidad que tiene el organismo de deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo. La eliminación tiene una gran importancia para la vida, ya que con ella se mantiene el equilibrio de líquidos y sustancias del medio interno, y al eliminar las sustancias de desecho se mantiene un funcionamiento adecuado de los diferentes órganos. Los cuidados básicos en enfermería estarán dirigidos desde una filosofía humanista, considerando que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido, se busca lograr la independencia y, por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continua. Cuando esto no es posible debido a falta de fuerza, falta de conocimiento o falta de voluntad aparece una dependencia.

Cuidados básicos en la higiene

Es importante subrayar que, en este tipo de cuidado básico, debido a su intimidad, el enfermero que asiste a los pacientes con actividades básicas de higiene debe respetar las preferencias individuales del paciente y proporcionar solo las medidas de atención que el paciente no puede proporcionarse a sí mismo.

1RA EDICIÓN

CUIDADOS HUMANOS

COMO EJE DE LA ENFERMERÍA COMUNITARIA

CAPÍTULO II

COMUNIDAD EN LA ENFERMERÍA COMUNITARIA

MAWIL
Publicaciones Impresas y Digitales

Definición de comunidad

La etimología de la palabra comunidad refiere a su calidad de común, a aquello que no siendo privativo de uno solo, pertenece o se extiende a varios. La comunidad es el elemento fundamental de trabajo de la salud comunitaria, por ello es relevante aclarar qué se entiende por ella. Existen varias definiciones, dependiendo de la óptica en la que se trate. Tobón y García (16) recogen los siguientes conceptos:

Se puede ver como un conjunto de personas que tienen similares necesidades y comparten área geográfica, tradiciones y costumbres, cultura, creencias e intereses; existe entre ellas un sentimiento de colectividad donde se dan las interrelaciones (participación individual y colectiva) y fundamentalmente la comunicación.

Ahora bien, comunidad desde la óptica social se refiere a un: «conjunto de personas integradas en familias o grupos, asentadas en un determinado territorio que conforman una unidad social permanente». O también podría expresarse de la manera siguiente: un grupo humano residente en un área geográfica determinada, con valores, patrones culturales y problemas sociales comunes, con conciencia de pertenencia, en la cual las personas interactúan más intensamente entre sí que en otro contexto similar.

La misma fuente refiere que puede definirse también como «un sistema social en donde sus miembros interactúan de manera formal o informal, constituyendo redes (red social) que operan en beneficio de todos los miembros de la comunidad».

La Organización Mundial de la Salud (17) da un concepto bastante amplio sobre lo que es comunidad, que a su vez recoge varios elementos de las definiciones presentadas anteriormente:

Grupo específico de personas, que viven y/o desarrollan su actividad en una zona geográfica definida, comparten la misma cultura, valores y

normas, y están organizadas en una estructura social conforme al tipo de relaciones que han desarrollado a lo largo del tiempo. Los miembros de una comunidad adquieren su identidad personal y social al compartir creencias, valores y normas comunes que la comunidad ha desarrollado en el pasado y que pueden modificarse en el futuro. Sus miembros tienen conciencia de su identidad como grupo y comparten necesidades comunes y el compromiso de satisfacerlas. (p. 15)

En todos estos conceptos nos encontramos elementos comunes: un grupo de individuos, un espacio determinado, interacción social, necesidades sociales, recursos propios, sentido de pertenencia y objetivos comunes, valores, normas y necesidades compartidos y compromiso para atenderlas.

Por su parte, Montero (18) destaca que en la definición del término comunidad resulta importante destacar también el aspecto dinámico del concepto, proponiendo a la comunidad como un «grupo en constante transformación y evolución (su tamaño puede variar), que en su interrelación genera un sentido de pertenencia e identidad social, tomando sus integrantes conciencia de sí como grupo, fortaleciéndose como unidad y potencialidad social». Este aspecto de pertenencia e identidad social, emergería del hecho de compartir la historia común que le concedería al colectivo una identidad que lo identifica y lo diferencia de otros grupos, lo que se denomina el sentido psicológico de comunidad.

Además de los elementos obvios para la existencia de una comunidad, existen dos aspectos que permiten identificar y diferenciar a sus individuos, porque:

- Sus miembros se conocen e influyen mutuamente. Esto quiere decir que un sujeto no forma parte de una comunidad sin saberlo. De la misma forma que se tiene conciencia de pertenecer a una comunidad, también el sujeto sabe reconocer, por las mismas características que determinan su identidad, quiénes

forman parte de ella. Esto se puede ejemplificar de la manera siguiente: el propietario de un bien en una urbanización sabe que todos sus vecinos forman parte de la misma comunidad; cualquier medida tomada por la organización que los represente será por igual para cada uno de los vecinos, así como también, cualquier acontecimiento importante que ocurra dentro de una de las propiedades puede influir en las demás.

- Sus miembros tienen conciencia de unidad y sentido de pertenencia. Puesto que se puede definir quién pertenece y quién no a una comunidad, se logran establecer unos límites diferenciadores, considerando al conjunto de todos los individuos que quedan dentro de estos límites como un todo. Servirá como ejemplo, pensar en una comunidad religiosa de una ciudad. Cada uno de sus miembros sabe que es una parte de este conjunto y que pertenece a él, aunque puedan vivir en zonas completamente dispersas de la ciudad.

Funciones comunes de una comunidad

Las comunidades humanas se organizan habitualmente en función a un propósito común, que es variable. Sus integrantes suelen compartir pasiones, necesidades o deseos, y de su asociación se deriva una mayor posibilidad de alcanzar dichos propósitos (económicos, políticos o sociales), del modo que sea. Entre estas funciones se puede destacar:

- La producción, distribución y consumo de bienes y servicios que satisfacen las necesidades económicas de los integrantes de la comunidad; no solo está representado por el abastecimiento de alimentos y ropa, sino también servicios como: seguridad, recolección de desechos, agua, luz, teléfono, otros.
- La socialización como proceso de transmisión de valores, conocimientos, cultura y técnicas. Generalmente las comunidades poseen una serie de instituciones que hacen posible la socialización: familias, escuela, iglesias, organizaciones sociales, grupos de autoayuda, otros.
- El control social, va dirigido al modo de mantener el orden en la

comunidad, para ello están los imaginarios sociales como las leyes, reglamentos, normas sociales y otros. Dicho control se ejerce por parte de los organismos del Estado a través de las instituciones, la familia, la junta de vecinos, otros.

- La participación social, se desarrolla a través de actividades comunitarias planificadas por todos los actores sociales, con el fin de satisfacer las necesidades que presentan grupos y colectivos.

Tipos de comunidades

Las comunidades se pueden dividir en tres grupos generales:

- Emocionales: Se centran en torno a un sentido o sensación de comunidad que tienen sus miembros. Dentro de este grupo se tiene las comunidades por arraigo y la de intereses compartidos (19).
- Por arraigo**:** Es considerada como la comunidad del lugar del cual se es, un lugar donde se tienen raíces.
- Interés compartido: Está fundada en un conjunto de intereses o necesidades comunes a varias personas, que se asemejan entre sí por lo menos en un área de interés especial.
- Estructurales: Aquellas donde existe relaciones de tiempo y de espacio entre los individuos. Su nexo es predominantemente físico (19).
- Funcionales: Son aquellas comunidades que son cambiantes en función de problemas o necesidades puntuales. Surgen de una necesidad identificable y pueden desaparecer o cambiar cuando desaparezca o cambie la necesidad (19).

Valoración de la comunidad

A través de la enseñanza y la prestación de servicios el profesional de enfermería en salud comunitaria, tiene como propósito principal, ayudar a alcanzar un nivel funcional óptimo de salud, dirigido al individuo, familia o comunidad, y esto lo puede lograr por medio de actividades en la atención primaria, secundaria y terciaria. Cuando este profesio-

nal encuentra una comunidad con necesidades que requieran su atención y servicio, diagnostica su situación. Lo que significa que para el trabajo con comunidades se requiere ante todo valorarlas.

Al valorar una comunidad se obtiene información sobre sus necesidades, fortalezas y recursos, su objetivo va dirigido a identificar cuáles son las necesidades de la comunidad y los caminos a seguir para solucionarlas. Tobón y García (16) conceptualizan la valoración comunitaria de la siguiente manera:

La valoración comunitaria se considera un proceso sistemático o intencional llevado a cabo a través de criterios previamente establecidos con la gente, para recoger y organizar los datos de valoración; ello permite identificar el talento humano, los recursos físicos, institucionales, organizacionales y las debilidades en términos de factores de riesgo y de necesidades, para así elaborar un diagnóstico que posibilite encontrar alternativas, de tipo educativo o de gestión, con miras a un mayor desarrollo de la comunidad. (p. 75)

De la cita se desprende que, a través de este proceso sistemático, se puede crear conciencia de las necesidades que tiene la comunidad, así como también orientarlos y ayudarlos a precisar cómo hacer los cambios y motivar a la comunidad a actuar por sí misma.

Entre los objetivos que se establece el profesional de enfermería en salud comunitaria para la valoración de la comunidad están:

- Demostrar habilidades para recopilar datos de la comunidad.
- Valorar los factores de riesgo para la salud de la comunidad.
- Describir las características de la población.
- Identificar los factores socio-culturales, ambientales y las condiciones comunitarias que afectan a su salud.
- Explicar las principales causas de los problemas de salud.
- Identificar el papel del profesional de enfermería en la promoción de la salud de la comunidad.

Como se puede evidenciar, el proceso de valoración no es solamente limitarse a observar, hay que aplicar los conocimientos de interpretación y análisis, y reflexionar sobre los datos recopilados. Las primeras conclusiones deben estar dirigidas hacia el reconocimiento de las fortalezas de la comunidad antes que las dificultades y necesidades, esto no es por capricho, es un principio básico de la promoción de la salud. Con este proceso se avanza en la búsqueda de una participación comunitaria de forma integral que logre favorecer el desarrollo de la comunidad, por medio de un aprendizaje colectivo fundamentado en la reciprocidad de experiencias y en una apropiación de la memoria de la comunidad, todo esto por medio de la valoración participativa en la cual los mismos individuos identifican sus problemas, reconocen su situación

El profesional de enfermería una vez que obtenga la valoración de la comunidad, debe trabajar en pro de la participación comunitaria la cual se debería dar por medio de un aprendizaje colectivo sustentado en el intercambio de experiencias y en la memoria de la propia comunidad: la misma gente identifica sus problemas, reconoce su situación, se organiza para buscar información, la analiza y saca sus propias conclusiones; es decir, no hay imposiciones por parte del profesional, los miembros de la comunidad ejercen en todo momento su poder de decisión, el profesional ofrece su esfuerzo y experiencia para llevar a cabo una labor en común.

Es evidente que el personal de enfermería en salud comunitaria tiene un gran espacio ganado en su trabajo en la comunidad al tener información sobre las fortalezas y debilidades de ella, porque le permite profundizar la visión de la comunidad con la que interactúa, contribuye al logro de sus objetivos y orienta la mejora de su praxis, además fortalece las habilidades de investigación, liderazgo, colaboración y participación comunitaria.

Modelos de valoración de la comunidad

El profesional de enfermería en salud comunitaria lleva como eje fundamental contribuir en lograr un nivel eficaz y funcional de salud, encaminado al individuo, familia o comunidad por medio de la instrucción y prestación del servicio. Todo esto por medio de actividades propias en la atención primaria, secundaria y terciaria. Al encontrarse este profesional con una comunidad con necesidades que requieran la atención de sus servicios para resolver su situación, se diagnostica su problema por medio de un modelo de valoración comunitaria.

La valoración tiene un alto nivel de relevancia para conocer la respuesta de los sujetos y familias a causas vitales o problemas de salud, reales o potenciales, que puedan ser tratados por las enfermeras, en otras palabras, para llegar al diagnóstico de enfermería. Entre los modelos de valoración comunitaria se encuentra el Modelo de Donal Klein, de Irving Sanders, la valoración por Patrones Funcionales de Marjory Gordon y el Análisis Situacional Integral de la Salud (ASIS), proceso analítico-sintético que abarca varios análisis. Facilita, entre otros, la identificación de necesidades y prioridades en salud, así como la identificación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto en salud; es usado en el Ecuador en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural para mejorar la gestión de salud con la intervención de la comunidad.

Modelo de valoración de Donal Klein

El modelo de Donald Klein, tiene sus bases en las teorías interpersonales de la psicología, desde este punto de vista una comunidad incluye: (a) la comunidad como un sistema social, y (b) la población y el ambiente. En cuanto al primer aspecto, Klein precisa cuatro pasos necesarios para el funcionamiento comunitario:

- Comunicación
- Toma de decisiones
- Enlace del sistema
- Conservación de los límites

Ahora bien, con respecto a la población y ambiente, Klein señala que las características de la población y los factores ambientales intervienen en los tipos de problemas que las comunidades afrontan, los recursos que poseen y los procedimientos aplicados para resolver los problemas.

En relación con los factores ambientales, Klein refiere que cuando se valoran los aspectos ambientales físicos en este marco de referencia, se debe hacer énfasis como punto central en la salud mental, señalando también la necesidad de prestar atención a los componentes fisiológicos y psicológicos del ambiente.

Modelo de valoración de Irving Sanders

Irving Sanders, de origen británico desarrolló su modelo en nueve pasos, en los cuales procura analizar, identificar, localizar, examinar, interrogar, registrar e interpretar un tema para luego poder deducir cosas y revisar el trabajo realizado, solo así refiere el teórico se puede asegurar un efectivo manejo de la información.

1. **Analizar:** Antes de iniciar la valoración comunitaria se debe tener bien definido hasta dónde se quiere llegar con la investigación, se debe ser práctico y realista al plantear las necesidades que se deben cubrir.
2. **Identificar y evaluar las posibles fuentes:** Este paso va dirigido a las fuentes de información de las cuales se disponen y el profesional debe evaluar la utilidad y el alcance que presentan.
3. **Localizar los recursos individuales**: Una vez evaluadas las fuentes de información, el profesional está en condiciones de establecer cuáles son los recursos de información específicos que le son útiles para la consecución de la actividad.
4. **Examinar, seleccionar y rechazar recursos individuales:** Viene a ser como un arqueo de los recursos con los que se cuenta, se selecciona lo específico y se desecha lo no relevante.
5. **Interrogar/ utilizar los recursos individuales:** Los recursos individuales, de cualquier índole, seleccionados previamente

empezarán a entregar información precisa, lo que va a permitir avanzar en la investigación.

6. **Registrar y almacenar la información:** En todo proceso de investigación es importante que toda la información que va siendo recolectada y procesada se registre y almacene debidamente.
7. **Interpretar, analizar y evaluar la información:** La información recopilada posee datos valiosos, los cuales deben ser analizados en función de los objetivos propuestos en la investigación.
8. **Dar forma a la presentación y comunicación de la información:** En este paso el investigador profundiza la lectura de los datos recabados, los visualiza desde diferentes puntos de vista, intenta relacionarlos, por ende, produce más información.
9. **Evaluación de la tarea:** Se revisan los errores para no caer en ellos en trabajos futuros. Ninguna actividad está concluida si no es antes evaluada debidamente.

Este modelo de competencia de manejo de la información es uno de los más completos, prácticos y sencillos a la hora de iniciar una investigación de valoración comunitaria.

Valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon

Marjory Gordon, teórica y profesora estadounidense, creó una teoría de valoración de enfermería conocida como patrones funcionales de salud de Gordon (Gordon's functional health patterns). Álvarez, Del Castillo, Fernández y Muñoz (20) refieren que es una valoración dirigida al individuo, la familia y la comunidad; es el principal elemento que define el papel de la enfermera de atención primaria.

La valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon contribuye con una serie de ventajas al proceso:

1. Los patrones pueden ser utilizados independientemente del modelo enfermero del que se parta.
2. Se adaptan muy bien al ámbito de la atención primaria de salud, permitiendo estructurar y ordenar la valoración, tanto a nivel in-

dividual como familiar o comunitario, a lo largo del ciclo vital de la persona, en situaciones de salud o enfermedad; y

3. Facilitan claramente la siguiente fase de diagnóstico enfermero al estar en el origen de la clasificación por dominios de la NANDA; esta es una sociedad científica de enfermería cuyo objetivo es estandarizar el diagnóstico de enfermería. Fue fundada en 1982 para desarrollar y refinar la nomenclatura, criterios y la taxonomía de diagnósticos de enfermería.

Los patrones funcionales son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que ayudan a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo. Al utilizar estos patrones, el profesional de enfermería logra conseguir una cantidad de datos relevantes de la persona, como son los aspectos: físicos, psíquicos, sociales, del entorno, de manera ordenada, lo que ayuda en gran manera a su análisis; en otras palabras, cumple todos los requisitos exigibles a una valoración correcta.

Los patrones de valoración conforman una división artificial y estructurada del funcionamiento humano integrado, no deben ser entendidos de forma aislada; la interrelación que se da entre ellos es lógica, para Marjory Gordon las personas somos un todo sin compartimentar, todo influye en todo: el entorno, la cultura, el nivel social, los valores, las creencias, otros.

A continuación, los 11 patrones funcionales se detallan y describen brevemente:

- **Patrón 1: Percepción - manejo de la salud:** Describe, básicamente, cómo percibe el propio individuo la salud y el bienestar, y cómo maneja todo lo relacionado con su salud, respecto a su mantenimiento o recuperación.
- **Patrón 2: Nutricional - metabólico:** Mediante la valoración de este patrón, se pretende determinar las costumbres de consu-

mo de alimentos y líquidos, en relación con las necesidades metabólicas del individuo, y las posibilidades de disponibilidad de aquellos. También se explorará los posibles problemas en su ingesta.

- **Patrón 3: Eliminación:** Describe el patrón de la función excretora (intestinal, urinaria y de la piel) y todos los aspectos relacionados con ella: rutinas personales, uso de dispositivos o materiales para su control o producción y características de las excreciones.
- **Patrón 4: Actividad - ejercicio:** Este patrón describe las capacidades para la movilidad autónoma y la actividad, y para la realización de ejercicios. También describe las costumbres de ocio y recreo.
- **Patrón 5: Sueño - descanso:** Describe los patrones de sueño, descanso y relax a lo largo del día, y los usos y costumbres individuales para conseguirlos.
- **Patrón 6: Cognitivo - perceptual:** En él se describe el patrón sensorio-perceptual y cognitivo del individuo.
- **Patrón 7: Autopercepción - autoconcepto:** Describe el patrón de autoconcepto y las percepciones de uno mismo. Incluye las actitudes del individuo hacia sí mismo, hacia su imagen corporal y su identidad y hacia su sentido general de valía. Observa el patrón de conversación y las manifestaciones del lenguaje no verbal (postural corporal, contactos oculares, otros).
- **Patrón 8: Rol - relaciones**: Incluye este patrón el papel o rol social, que juega el individuo en el seno familiar, laboral, otros. Así como las responsabilidades que tiene que asumir debidas al mismo.
- **Patrón 9: Sexualidad - reproducción:** Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad y, asimismo, describe el patrón reproductivo y todo lo relacionado con el mismo.
- **Patrón 10: Adaptación - tolerancia al estrés:** Describe el patrón general de adaptación y efectividad en términos de tolerancia al estrés. Incluye la reserva individual o la capacidad para

resistirse a las amenazas para la propia integridad, formas de manejar el estrés, sistemas de apoyo familiares o de otro tipo y capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones.

- **Patrón 11: Valores - creencias:** Describe los patrones de valores, objetivos y creencias (incluidas las espirituales) que guían las decisiones y opciones vitales del individuo. Incluye lo percibido como importante en la vida y la percepción de conflicto en los valores, creencias y expectativas que estén relacionados con la salud.

Los patrones que son funcionales, eficaces, describen un nivel óptimo de funcionamiento, implican salud y bienestar. Los patrones disfuncionales o potencialmente disfuncionales, es decir, alterados o en riesgo de alteración, describen situaciones que no responden a las normas o a la salud esperadas de una persona, se definen como problemas de salud, limitan la autonomía del individuo, la familia y/o la comunidad.

En la tabla 2 que se presenta a continuación se resumen los 11 patrones con respecto a la descripción de lo que valora, cómo se valora y cómo establecer el resultado del patrón.

Se considera importante resaltar que los patrones que son funcionales, eficaces, describen un nivel óptimo de funcionamiento, lo que se traduce en salud y bienestar. Los patrones disfuncionales o potencialmente disfuncionales, es decir, alterados o en riesgo de alteración, describen situaciones que no responden a las normas o a la salud esperadas de una persona, se conceptualizan como problemas de salud, restringen la autonomía del individuo, la familia y/o la comunidad.

Tabla 2. Patrones de valoración de Marjory Gordon.

Patrón	Qué Valora	Cómo se Valora	Resultado del Patrón
Percepción manejo de la Salud	Cómo percibe el individuo la salud y el bienestar.	Hábitos higiénicos: personales, vivienda, vestido.	El patrón está alterado si:
	Cómo maneja todo lo relacionado con su salud, respecto a su mantenimiento o recuperación	Vacunas	La persona considera que su salud es pobre, regular o mala. Tiene un inadecuado cuidado de su salud.
	La adherencia a las prácticas terapéuticas. Incluye prácticas preventivas (hábitos higiénicos, vacunaciones….)	Alergias	Bebe en exceso. Fuma. Consume drogas.
		Percepción de su salud. Conductas saludables: interés y conocimiento.	No tiene adherencia a tratamientos farmacológicos ni a medidas terapéuticas.
		Existencia o no de alteraciones de salud (tipo de alteración, cuidados, conocimiento y disposición). Existencia o no de hábitos tóxicos.	No está vacunado
		Accidentes laborales, tráfico y domésticos	La higiene personal o de la vivienda es descuidada.
		Ingresos hospitalarios	
Nutricional- Metabólico	Describe el consumo de alimentos y líquidos en relación con sus necesidades metabólicas	Valoración del IMC	El patrón estará alterado si:
	Horarios de comida. Preferencias y suplementos. Problemas en su ingesta.	Valoración de la alimentación	Manual de valoración de patrones funcionales 7 Con respecto al IMC: Patrón alterado superior al 30% o inferior a 18,5% Patrón en riesgo: entre 25 y 30 Patrón eficaz: entre 18,6 y 24,9
	Altura, peso y temperatura. Condiciones de piel, mucosas y membranas.	Valoración de problemas en la boca. Valoración de otros problemas que influyen en el patrón	Tiene una nutrición desequilibrada
		Dependencia, inapetencias, intolerancias alimenticias	Los líquidos consumidos son escasos.
		Alergias - Suplementos alimenticios y vitaminas	Existen problemas en la boca
		Valoración de la piel	Existen lesiones cutáneas o en mucosas, problemas digestivos, dependencias, inapetencias, intolerancias alimenticias, alergias.

Patrón	Qué valora	Cómo se valora	Resultado del patrón
Eliminación	Describe las funciones excretoras intestinal, urinaria y de la piel.	**Intestinal:**	**El patrón está alterado si: Intestinal:**
		Consistencia, regularidad, dolor al defecar, sangre en heces, uso de laxantes, presencia de ostomías, incontinencia.	Existe estreñimiento, incontinencia, diarrea, flatulencia, o la persona precisa sistemas de ayuda (laxantes, enemas, ostomías).
		Urinaria:	**Urinario:**
		Micciones/día, características de la orina, problemas de micción, sistemas de ayuda (absorbentes, colectores, sondas, urostomías), incontinencias.	Si presenta incontinencias, retención, disuria, nicturia, poliuria, polaquiuria o utiliza sistemas de ayuda (absorbentes, colector, sondas o urostomías).
		Cutánea:	Si sudoración es excesiva
		Sudoración copiosa	
Actividad-Ejercicio	El patrón de ejercicio	Valoración del estado cardiovascular:	El patrón está alterado si existe:

	La actividad	Frecuencia cardiaca o PA anormales en respuesta a la actividad, cambios ECG que reflejen isquemia o arritmia, etc. Manual de valoración de patrones funcionales	**Síntomas respiratorios**: frecuencia respiratoria alterada, disnea, cianosis, tos inefectiva, tiraje, uso de oxígeno domiciliario.
	Tiempo libre y recreo	**Valoración del estado respiratorio**: Valorar antecedentes de enfermedades respiratorias, ambiente laboral, disnea, molestias de esfuerzo, tos nocturna, expectoración, indicación verbal de disnea, etc.	**Problemas circulatorios**: Alteración de tensión arterial y FC en respuesta a la actividad, pulsos periféricos inexistentes, edemas, claudicación intermitente.
	Los requerimientos de consumo de energía de las actividades de la vida diaria (higiene, compra, comer, mantenimiento del hogar, etc.).	Tolerancia a la actividad: fundamentalmente en pacientes cardiacos y respiratorios.	Problemas de salud limitantes, incapacidad para la actividad habitual.
	La capacidad funcional	**Valoración de la movilidad**: Debilidad generalizada, cansancio, grado de movilidad en articulaciones, fuerza, tono muscular.	La presencia de síntomas físicos: cansancio excesivo, hipotonía muscular, inmovilizaciones, claudicación intermitente, pulsos periféricos disminuidos, parálisis, paresias.

Patrón	Qué Valora	Cómo se valora	Resultado del patrón
Actividad-ejercicio	El tipo, cantidad y calidad del ejercicio.	**Actividades cotidianas**: Actividades que realiza, encamamiento, mantenimiento del hogar, Capacidad funcional (tests de Katz o Barthel).	Deficiencias motoras. Problemas de movilidad. Problemas de equilibrio, inestabilidad. Capacidad funcional alterada (Katz o Barthel) ver aclaraciones. Incapacidad de ocio habitual, aburrimiento manifestado por la persona.
	Las actividades de tiempo libre	**Estilo de vida**: Sedentario, activo. Ocio y actividades recreativas: el énfasis está en las actividades de mayor importancia para la persona; tipo de actividades y tiempo que se le dedica.	
Sueño/Descanso	Describe la capacidad de la persona para conseguir dormir, descansar o relajarse a lo largo de las 24 horas del día. La percepción de cantidad y calidad del sueño - descanso. La percepción del nivel de energía. Las ayudas para dormir (medicamentos, rutinas, etc.).	El espacio físico (ventilación, temperatura agradable y libre de ruidos).	Se considera alterado:
		El tiempo dedicado al sueño u otros descansos diurnos.	Si usa ayudas farmacológicas para dormir o descansar.
		Recursos físicos o materiales favorecedores del descanso (mobiliario).	Verbaliza la dificultad para conciliar el sueño, despertar precoz o inversión día/noche.
		Exigencias laborales (turnos, viajes) Hábitos socio culturales (hora de acostarse o levantarse, siestas, descansos).	Somnolencia diurna
		Problemas de salud física que provoquen dolor o malestar. Problemas de salud psicológica que afecten al estado de ánimo (ansiedad, depresión).	Confusión o cansancio relacionado con la falta de descanso.
		Situaciones ambientales que provoquen estados de ansiedad o estrés (duelos, intervenciones quirúrgicas).	Disminución de la capacidad de funcionamiento.
		Tratamientos farmacológicos que puedan influir en el sueño (broncodilatadores, esteroides, betabloqueantes).	Conducta irritable en relación a la falta de descanso.
		Uso de fármacos para dormir. Consumo de sustancias estimulantes (cafeína, nicotina, abuso de alcohol). Presencia de ronquidos o apneas del sueño.	

Patrón	Qué valora	Cómo se valora	Resultado del patrón
Cognitivo perceptivo	Patrones sensorio- perceptuales y cognitivos	Nivel de consciencia y orientación.	El patrón está alterado si:
	Nivel de conciencia	Nivel de instrucción: si puede leer y escribir. El idioma.	La persona no está consciente u orientada.
	- Conciencia de la realidad	Si tiene alteraciones cognitivas, como problemas para expresar ideas o de memoria, dificultades para la toma de decisiones, problemas de lenguaje, de concentración, síntomas depresivos, problemas de comprensión, fobias o miedos o dificultades en el aprendizaje.	Presenta deficiencias en cualquiera de los sentidos, especialmente vista y oído.
	Adecuación de los órganos de los sentidos	Si tiene alteraciones perceptivas por problemas de visión, de audición, de olfato de gusto o sensibilidad táctil.	Hay dificultades de comprensión por idioma o por analfabetismo.

	Compensación o prótesis	Recoge información sobre si la persona tiene dolor, tipo, localización, intensidad y si está o no controlado, así como su repercusión en las actividades que realiza.	Presencia de dolor
	Percepción del dolor y tratamiento	Si tiene alteraciones de la conducta, irritabilidad, intranquilidad o agitación	Existen problemas de memoria, de concentración, de expresión o comprensión de ideas.
	Lenguaje		Hay depresión
	Ayudas para la comunicación		Existen fobias o miedos injustificados
	Memoria, juicio, comprensión de ideas		Se dan conductas de irritabilidad, agitación o intranquilidad.
	- Toma de decisiones		
Auto percepción y concepto	Autoconcepto y percepciones de uno mismo	Se valora la presencia de problemas consigo mismo	El patrón está alterado si:
	Actitudes acerca de uno mismo	Problemas con su imagen corporal	Existen verbalizaciones auto negativas, expresiones de desesperanza, expresiones de inutilidad.
	Percepción de las capacidades cognitivas, afectivas o físicas. Imagen corporal, social.	Problemas conductuales	Tiene problemas con su imagen corporal y le preocupan los cambios en su imagen corporal, el miedo al rechazo de otros y el sentimiento negativo del propio cuerpo.
	Identidad	Otros problemas	Existen problemas conductuales.
	Sentido general de valía	Cambios recientes. Datos de imagen corporal, Postura, Patrón de voz, Rasgos personales, Contacto visual.	

Patrón	Qué Valora	Cómo se valora	Resultado del patrón
Auto percepción y concepto	Patrón emocional	Si se siente querido. Cambios frecuentes del estado de ánimo, asertividad / pasividad y nerviosismo / relajación.	
	Patrón de postura corporal y movimiento		
	Contacto visual. Patrones de voz y conversación.		
Rol- Relaciones	El patrón de compromisos de rol y relaciones (las relaciones de las personas con los demás).	Familia:	El patrón está alterado si:
	La percepción de los roles más importantes (el papel que ocupan en la familia, sociedad).	Con quién vive. Estructura familiar. Rol en la familia y si éste está o no alterado. Problemas en la familia. Si alguien depende de la persona y como lleva la situación. Apoyo familiar. Si depende de alguien y su aceptación. Cambios de domicilio.	Presenta problemas en las relaciones: sociales, familiares o laborales (escolares).
	Responsabilidades en su situación actual	Grupo social:	Se siente solo. No tiene personas significativas (amigos, familia).
	Satisfacción o alteraciones en: familia, trabajo, relaciones sociales.	Si tiene amigos próximos, si pertenece a algún grupo social, si se siente solo.	Refiere carencias afectivas, falta de comunicación.
		Trabajo o escuela: Si las cosas le van bien en el ámbito laboral o escolar, entorno seguro, satisfacción.	Tiene dificultad en las tareas de cuidador, apoyo insuficiente, cuidados negligentes.
		Datos relativos a pérdidas, cambios, fracasos, conflictos, aislamiento social, comunicación, violencia.	Insatisfacción con el rol o falta de motivación o de capacidad para asumirlo.
			Conductas inefectivas de duelo
			Violencia doméstica. Abusos

Patrón	Qué valora	Cómo se valora	Resultado del patrón
Sexualidad y reproducción.	Los patrones de satisfacción o insatisfacción de la sexualidad	Menarquía y todo lo relacionado con ciclo menstrual.	El patrón está alterado si:
	Alteraciones en la sexualidad o en las relaciones sexuales.	Menopausia y síntomas relacionados	La persona expresa preocupación respecto a su sexualidad, trastornos o insatisfacción.
	Seguridad en las relaciones sexuales.	Métodos anticonceptivos	Existen problemas en la etapa reproductiva de la mujer.
	Patrón reproductivo	Embarazos, abortos, problemas relacionados con la reproducción.	Existen problemas en la menopausia
	Premenopausia posmenopausia	Problemas o cambios en las relaciones sexuales.	Relaciones de riesgo
	Problemas percibidos por la persona.		
Adaptación y tolerancia al estrés.	Las formas o estrategias de afrontamiento general de la persona.	La enfermera instará al paciente a recordar situaciones estresantes, describir cómo se ha tratado y evaluar la efectividad de la forma en la que se ha adaptado a esas situaciones.	El patrón está alterado si la persona manifiesta tener:
	Las respuestas habituales que manifiesta el individuo en situaciones que le estresan y forma de controlar el estrés.	Preguntará por:	Sensación habitual de estrés y no dispone de herramientas para controlarlo.
	La capacidad de adaptación a los cambios.	Cambios importantes en los dos últimos años, si ha tenido alguna crisis.	Si ante cambios o situaciones difíciles de la vida el individuo no es capaz de afrontarlo de forma efectiva.
	El soporte individual y familiar con que cuenta el individuo.	Si está tenso o relajado la mayor parte del tiempo.	Si recurre al uso de medicamentos, drogas o alcohol para superar los problemas.
	La percepción de habilidades para controlar o dirigir situaciones estresantes.	Qué le ayuda cuando está tenso	
		Si utiliza medicinas, drogas o alcohol cuando está tenso.	
		Cuando ha tenido cualquier problema en su vida, cómo lo ha tratado.	
		Si esta forma de tratarlo ha tenido éxito	
		Si tiene alguien cercano al que poder contar sus problemas con confianza y si lo hace cuando es necesario.	

Patrón	Qué valora	Cómo se valora	Resultado del patrón
Valores y creencias	Los patrones de valores y creencias que guían las elecciones o decisiones.	Si tiene planes de futuro importantes; si consigue en la vida lo que quiere. Si está contento con su vida.	El patrón está alterado:
	Lo que se considera correcto, apropiado; bien y mal, bueno y malo.	Pertenencia a alguna religión, si le causa algún problema o si le ayuda cuando surgen dificultades.	Cuando existe conflicto con sus creencias
	Lo que es percibido como importante en la vida.	Preocupaciones relacionadas con la vida y la muerte, el dolor o enfermedad.	Tiene problemas para sus prácticas religiosas.
	Las percepciones de conflicto en valores, creencias o expectativas relativas a la salud.		Existe conflicto / preocupación por el sentido de la vida, la muerte, el sufrimiento, dolor, enfermedad.
	Las decisiones acerca de: tratamientos, prioridades de salud, vida o muerte.		
	Las prácticas religiosas		

Fuente: Álvarez, Del Castillo, Fernández y Muñoz (20)

Modelo de Atención Integral de Salud (ASIS)

Los ASIS se basan en el estudio de la interacción de las condiciones de vida y el nivel existente de los procesos de salud de un país u otra unidad geográfico-política. Este modelo permite identificar los elementos centrales del proceso de propagación de enfermedades en un territorio y las diversas posibilidades de cursos de acción para intervenir los problemas identificados.

Los ASIS tienen como propósito identificar las interacciones entre múltiples variables, de diversas dimensiones: política, social, económica, demográfica, cultural, ecológica, servicios de salud, entre otros, que inciden en diferentes estratos de la sociedad; al mismo tiempo de conocer los factores explicativos claves en la producción social de salud, considerar su peso específico en la cadena de producción de malestar en la población, para definir las Intervenciones para su modificación favorable.

En sus fundamentos, está incluir como sustrato a grupos de población con diferentes grados de postergación resultante de las condiciones y calidad de vida desigual y definida según características específicas, tales como sexo, edad, ocupación, otros, que se desenvuelven en contextos determinados. El ambiente lo conforma el contexto histórico, geográfico, demográfico, social, económico, cultural, político y epidemiológico de los grupos humanos, donde existen complejas relaciones de determinación y de condicionamiento.

La Organización Panamericana de la Salud (21) refiere que el ASIS «permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud, así como sus determinantes, sean éstas de competencia del sector salud o de otros sectores». (s/p) Al ser, también, una herramienta de información, el ASIS permite identificar y priorizar los problemas, pero también, genera evaluaciones de impacto en salud.

La misma fuente, con respecto al ASIS afirma que es la primera función, esencial de salud pública y es un medio elemental para evaluar el impacto de las políticas públicas, mejorar el diseño y la implementación de políticas, estrategias y programas que los gobiernos y la sociedad en conjunto realizan para lograr el equilibrio en salud y el desarrollo humano sostenible.

Este modelo es considerado como el insumo fundamental para la toma de decisiones en el sector salud en el Ecuador. Constituye una de las principales herramientas conceptuales y metodológicas para la implementación del modelo (MAIS-FCI) en el que con la participación de los actores sociales se cimienta desde lo local el diagnóstico, se analiza la realidad, la identificación de problemas de salud, las prioridades y los medios para transformar esos problemas por medio de la construcción de planes locales de salud (PLS) que desde una perspectiva y estrategia intersectorial apoya a la construcción de espacios sociales y ambientales saludables, y asegura el buen vivir desde la salud.

Los responsables de la aplicación del ASIS, los contempla de manera muy clara el Ministerio de Salud del Ecuador, en el Instructivo para la elaboración del Análisis Situacional Integral de Salud - Diagnóstico Situacional (22) , al respecto indican que éste se desarrolla principalmente en el medio de los establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención (PNA) y es realizado por los Equipos de Atención Integral de Salud (EAIS).

Las zonas y distritos son responsables de coordinar, facilitar el proceso de aplicación del ASIS y gestionar la información del territorio. Los EAIS que desarrollan su trabajo en sus respectivos territorios, son los garantes de retroalimentar la información del proceso de desarrollo del ASIS a los distritos y estos a su vez, retroalimentan del proceso a las zonas.

La retroalimentación de todo el proceso por parte de los EAIS y la organización de la información en los distritos y en las zonas se complementa (local - distrital - zonal) para tener una perspectiva extensa e integrada del territorio, todo esto facilita la intervención local de manera participativa con la población para transformar los problemas de salud y generar las condiciones necesarias para el buen vivir.

Para aplicar el ASIS es necesario el despliegue de una serie de pasos metodológicos que permitan generar por medio de la participación social, información, análisis e intervención sobre la realidad de un contexto determinado. Todo este proceso va a ayudar al despliegue de acciones y actividades que admitan generar, por medio de la participación social, información, análisis e intervención sobre la realidad, permitiendo el desarrollo de actividades que permitan la construcción de procesos sociales centrados en la resolución de los problemas de salud y la generación de condiciones saludables.

Este modelo de salud tiene varios alcances, recopilados por el Ministerio de Salud (22) entre los que se puede mencionar:

- El desarrollo de mecanismos de participación en procesos de construcción social.
- La caracterización de la situación de salud de la población y el análisis de los determinantes sociales de la salud.
- La definición de problemas y prioridades de la población, así como la verificación del cumplimiento de las políticas públicas en salud.
- La formulación de estrategias de promoción de la salud, prevención y recuperación de la salud, así como la identificación y potenciación de los factores protectores de la salud.
- La construcción de escenarios prospectivos, ya que se puede apreciar las tendencias, evolución de los problemas o de la resolución de los mismos.

A continuación, en la tabla 3 se presenta la metodología de trabajo para el desarrollo del ASIS en el Ecuador, la cual es una metodología participativa y una herramienta para la gerencia y se considera un instrumento fundamental para mejorar el estado de salud y calidad de vida de la población ecuatoriana.

Tabla 3. Fases para la aplicación del Modelo de Atención Integral de Salud.

Fase	Contenido	Propósito	Aspectos a cubrir
Primera	Producción del Diagnóstico Situacional, siguiendo la estructura (orden de temas) y las pautas que se establecen en este instructivo.	Caracterizar y analizar la información para posteriormente incidir en las causas básicas de la relación salud-enfermedad. Está compuesto por varios bloques temáticos que proporcionan una organización y orden lógico que da una estructura estándar y definida al modelo.	1. Caracterización de la unidad geográfico - histórica de la población (contexto general) 2. Características demográficas de la población. 3. Características económicas de la población (por sexo, edad , pertenencia étnica). 4. Características del perfil educativo formal de la población (por sexo y etnia). 5. Características del perfil de salud - enfermedad en la población (sexo, edad, etnia) 6. Vivienda, infraestructura básica y servicios (sexo, edad, etnia). 7. Protección social en la población 8. Participación social y articulación intersectorial.
Segunda	Conformación y/o fortalecimiento del Comité Local de Salud (CLS).	Dinamización de la participación ciudadana en los procesos de planificación, gestión y contraloría social.	1. Participar en la elaboración del diagnóstico situacional, elaboración, implementación y seguimiento del Plan Local de Salud. 2. Coordinar con los equipos de salud y participar en las actividades de promoción de la salud en la comunidad. 3. Fortalecer y/o apoyar la constitución de organizaciones locales de salud como organizaciones juveniles, adultos mayores, comités de usuarios/as. 4. Participar con representantes en la asamblea distrital o instancia distrital de salud y en las instancias de participación parroquial y/o cantonal. 5. Impulsar la participación .

Fase	Contenido	Propósito	Aspectos a cubrir
Tercera	Socialización y validación del Diagnóstico Situacional, identificación de los problemas y prioridades con los actores locales, elaboración participativa del Plan Local de Salud (PLS).	Socialización y validación del diagnóstico situacional con el Comité Local de Salud. Se identifica y prioriza los problemas de salud, de manera participativa entre la población y el equipo de salud en el que se debe llegar a acuerdos respecto a la definición de los problemas y las prioridades.	1. Convocatoria ampliada para devolver y validar el Diagnóstico Situacional (DS) con la comunidad. 2. Conformación del Comité Local de Salud (CLS) en los sitios donde no esté conformado, o sí está conformado revisar la actividad del mismo. 3. CLS junto con el Equipo de Atención Integral de Salud (EAIS) se encargará de formular el Plan Local de Salud. 4. La aplicación del PLS, demanda la integración de los diferentes actores sociales e institucionales en la solución de los problemas o demandas que se dan en el territorio.
Cuarta	Implementación, acompañamiento y seguimiento del Plan Local de Salud (PLS).	Desarrollar actividades que favorezcan la salud de la población con la intervención directa de los actores sociales, el Comité Local de Salud, los equipos de salud y las instituciones estatales, como privadas, otros En esta fase es importante tomar en cuenta las necesidades que se presenta en la implementación, pero también los logros y avances en la gestión del Plan	1. Una vez definido el PLS, se implementa con la intervención directa de los actores sociales, el Comité Local de Salud, los equipos de salud y las instituciones estatales, como privadas, etc. que se comprometen en el PLS a desarrollar actividades que favorecen la salud de la población. 2. El acompañamiento al proceso se lo hace a diferentes niveles; por una parte el equipo designado del establecimiento de salud con apoyo de la Dirección Distrital a través de los responsables de la Unidad Distrital de Promoción de la Salud y de Provisión de Servicios. 3. Las actividades planificadas e implementadas tendrán el seguimiento de la población a través del Comité de Salud Local y de otras iniciativas que desarrolle la población.

Fase	Contenido	Propósito	Aspectos a cubrir
Quinta	Actualización del diagnóstico dinámico en el contexto de la sala situacional. Evaluación y monitoreo de los resultados.	Precisar la información para identificar con más exactitud las condiciones de riesgos en personas, familias y comunidad o población. Hacer seguimiento a los cambios en la salud de la comunidad.	1. Actualización del diagnóstico dinámico en el contexto de la sala situacional. 2. Proceso de transferencia de información en el equipo de atención integral de salud 3. Evaluación y monitoreo del proceso.

Fuente: Instructivo para la elaboración del Análisis Situacional Integral de Salud Diagnóstico Situacional (22).

1RA EDICIÓN

CUIDADOS HUMANOS

COMO EJE DE LA ENFERMERÍA COMUNITARIA

CAPÍTULO III

SALUD, ENFERMERÍA Y CUIDADO DE LA FAMILIA

MAWIL
Publicaciones Impresas y Digitales

Introducción

Todos los seres humanos nacen en el seno de una familia. Llegan a los brazos de una persona que, para la mayoría, es la madre. La especie humana al nacer es la más indefensa de todas, por lo que se hace inevitable, que desde los primeros instantes de la vida ya existan seres, que emocionalmente se van a volver muy significativos e importantes, surgiendo así los vínculos familiares.

La familia, entonces, tiene un valor de refugio afectivo y de aprendizaje social; es la primera y más importante de las escuelas, en ella se nace, en ella se disfruta y en ella se descubre lo hermoso de sentir que, gracias a ella, alguien siempre te espera, que tu llegada representa alegría, que amas y eres amado. Si algo hace feliz o infeliz a los seres humanos son sus relaciones familiares. Cuando todo va bien con la familia, las personas se alegran, cuando hay problemas de salud o pérdidas en la familia, se producen grandes depresiones o decepciones. La familia constituye la institución base de la sociedad, el medio natural para el desarrollo de sus miembros y un fenómeno universal, por ello es conveniente, propiciar que se manifiesten relaciones familiares armoniosas, lo que contribuirá al establecimiento de la salud entre sus miembros (23).

Definición de familia

Definir lo que se entiende por familia no resulta fácil, pues es un término que se analiza y utiliza desde muy diversas perspectivas. Así, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la familia como los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio (24), y agrega que la familia es la unidad básica de la organización social y también la más accesible para efectuar intervenciones preventivas y terapéuticas. La familia es la institución social fundamental que une a las personas vinculadas por nacimiento o por elección en un hogar y una unidad doméstica. La familia es el entorno donde se establecen por primera vez el comportamiento y las decisiones en materia de salud (25). La familia transmite

de generación en generación su historia, su experiencia, sus valores, sus costumbres, aspectos muy vinculados con la producción de la salud, a escala del hogar y por ende de la familia en general (23), por lo que el rol que juega la familia en la determinación de la salud requiere mayor atención.

Por su lado, la Fundación nacional de la Familia de Chile considera la familia en sus diferentes tipos, como el espacio donde se estructuran las primeras relaciones intergeneracionales y de género, se desarrollan pautas morales y sociales de conducta, donde se vive la gratuidad, la solidaridad y la cooperación, en concordancia con el desarrollo individual y la realización personal (26). Un concepto actual la define como el conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etcétera) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan (27).

La familia, como grupo social primario es la instancia de intermediación entre el individuo y la sociedad; constituye el espacio por excelencia para el desarrollo de la identidad y es la primera fuente de socialización del individuo. Es en la familia donde la persona adquiere sus primeras experiencias, valores y concepción del mundo (28).

La familia desde la perspectiva sistémica

La teoría general de los sistemas, desarrollada por Von Bertalanffy (29), concibe la familia como un sistema de relaciones que difiere de la simple suma de sus miembros. De este modo, la familia es una institución formada por sistemas individuales que interactúan y que constituyen a su vez un sistema abierto. Está formada por individuos, también parte del sistema social y responde a su cultura, tradiciones, desarrollo económico, convicciones, concepciones ético-morales, políticas y religiosas (30).

La aplicación de esta teoría al estudio de la familia destaca un conjunto de importantes cuestiones, entre éstas: la concepción de las alteraciones psíquicas como resultado de las complejas interacciones del individuo con su ambiente, la influencia de la funcionalidad familiar en el desarrollo de la salud del individuo, y la concepción de la familia como sistema abierto, en constante intercambio con otros grupos e instituciones de la sociedad.

En términos simples, la teoría general de los sistemas aplicados a los sistemas humanos y a sus dificultades sugiere que las familias o cualquier grupo de personas con una historia y un futuro no solo son agregados de individuos. Un sistema humano es más que la suma de sus partes. La descripción no incluye solamente a las personas, sino también a las relaciones entre ellas: cada parte de un sistema está relacionado de tal modo con las otras partes que el cambio de una provoca un cambio en todas las partes y en el sistema total (31).

Clasificación de la familia

Bajo el término de familia se pueden clasificar toda una serie de grupos humanos de disímiles características definidas por variables estructurales (número de miembros, vínculos generacionales, número de hijos, edad, sexo) y variables socio-psicológicas (normas, valores, ideología, hábitos de vida, comunicación, roles, límites, espacios). Existen varios criterios para clasificar la familia:

Por el número de miembros, que da lugar al tamaño de la familia:

a. Familia grande: más de 6 miembros
b. Familia mediana: entre 4 y 6 miembros
c. Familia pequeña: entre 1 y 3 miembros

Por la ontogénesis de la familia:

a. Familia nuclear: presencia de hasta dos (2) generaciones de padres e hijos, matrimonio con hijos o sin ellos y hermanos solos. Si la pareja sufrió muerte, separación o divorcio de uno de los

cónyuges y es nuclear, puede nominarse familia monoparental.

b. Familia extensa o extendida: presencia de dos (2) generaciones o más. Incluye hijos casados con descendencia o sin ella. Es válido aclarar que el término familia extensa también alude a padres, hermanos y abuelos, a la familia de origen, que toda persona tiene, aunque se viva en familia de estructura típica nuclear.
c. Familia mixta o ampliada: cualquier tipo de familia que rebasa las anteriores estructuras, puede incluir otros parientes y amigos.

Funciones de la familia

Se entiende por funciones de la familia a las actividades que de forma cotidiana realiza, las relaciones sociales que establece en la realización de estas actividades intra y extrafamiliares y los efectos producidos por ambos.

Existen diferentes enfoques para analizar las funciones de la familia. Se expone el que describe tres grandes grupos (30):

- Función biológica: Función de reproducción (necesidad de descendencia) se crean las condiciones para el desarrollo físico, psicológico y social de los miembros de la familia.
- Función económica: Obtención y administración de los recursos tanto monetarios, como bienes de consumo, satisfacción de las necesidades básicas, tareas domésticas que garantizan los servicios que se brinden en el hogar para la existencia, la conservación y bienestar de la familia.
- Función educativa-cultural: Influencia que ejerce el grupo familiar sobre sus miembros. Todo el proceso de aprendizaje individual y el desarrollo al interior de la familia. Se produce el proceso de transmisión de experiencia histórico social en la vida cotidiana, la transmisión de valores ético-morales que se derivan de los principios, normas, regulaciones que se observan y aprenden en la familia, contribuye al proceso formativo y al desarrollo de la personalidad individual.

Según Ackerman (32) la familia debe cumplir las siguientes funciones:

- Satisfacer las necesidades afectivas de sus miembros.
- Satisfacer las necesidades físicas o de subsistencia.
- Establecer patrones positivos de relaciones interpersonales.
- Permitir el desarrollo individual de cada uno de sus miembros.
- Promover el proceso de socialización.
- Estimular el aprendizaje y la creatividad de sus miembros.
- Promover un sistema de valores e ideología.

Ciclo vital de la familia, tareas del desarrollo y teoría del desarrollo familiar

Como todo sistema, la familia también pasa por un proceso vital desde el inicio hasta su fin. Este proceso se denomina ciclo vital familiar (CVF). La familia, atraviesa por cambios evolutivos que exigen de ella un proceso de continuos ajustes. Estos cambios se producen tanto desde el exterior, como resultado de las continuas transformaciones sociales, como desde el interior, por los cambios evolutivos de sus miembros. Así, una familia es potencialmente más funcional, en la medida que exista un equilibrio en el cumplimiento de sus funciones, y a vez disponga de recursos adaptativos para enfrentar los cambios.

El CVF está constituido por etapas específicas, que son distintas y de creciente complejidad. Existen múltiples modelos para explicar el ciclo vital familiar, algunos más simples que otros. Entre los más utilizados está el formulado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que divide la evolución familiar en seis etapas (25).

1. Formación
2. Extensión
3. Extensión completa
4. Contracción
5. Contracción completa
6. Disolución

El modelo de la OMS inicia con la unión formal de la pareja y caracteriza las etapas subsecuentes en función del incremento o decremento de los miembros de la familia, así hasta la disolución del sistema familiar que inicia con el fallecimiento de un cónyuge.

Es importante destacar que en el paso de una etapa a otra del ciclo vital familiar se puede generar estrés, sin embargo, para facilitar el pleno desarrollo familiar y disminuir la tensión es necesario que se cumplan las denominadas «tareas del desarrollo familiar». Las tareas del desarrollo son funciones complejas que pueden entenderse como tareas vinculantes entre cada una de las etapas. Así, a cada etapa del ciclo vital familiar le corresponde una serie de tareas básicas de desarrollo familiar; todos los miembros las tienen que llevar a cabo en función de la etapa del ciclo vital familiar en la que se encuentren y, a la vez, cumplir con el rol que desempeñan en su familia, acorde a su ciclo vital individual, para poder garantizar, durante su desarrollo, el cumplimiento de las funciones familiares.

Lo mencionado en el párrafo anterior hace referencia a los fundamentos de la teoría del desarrollo familiar, cuyos supuestos más relevantes son:

- Las familias cambian con el tiempo.
- Las familias tienen un principio y un fin.
- Entre estos dos puntos, existen un número de fases o etapas secuenciales bien reconocidas (ciclo vital familiar).
- En cada fase o etapa existen funciones o tareas del desarrollo que le son específicas (tareas del desarrollo familiar).
- Las tareas del desarrollo necesitan aplicarse de manera adecuada para pasar con éxito a la siguiente etapa.
- El paso de una etapa a la siguiente puede generar estrés, y este estrés traducirse en síntomas clínicos.
- En cada etapa se da un proceso de transmisión de principios biológicos, psicológicos, sociales y culturales.

Cambios en la estructura familiar

La evolución que ha sufrido la familia y el significado que ésta tiene para las diferentes culturas ofrece una amplia variedad de definiciones y formas familiares. Sin embargo, de la mayoría de ellas se desprenden tres aspectos esenciales:

- Existencia de unos lazos de interacción, afecto e intimidad entre sus miembros.
- Funcionamiento como un grupo que posee características comunes.
- Existencia de un techo común u hogar.

Existe una gran diversidad de formas o composiciones familiares, en donde se desarrolla la vida familiar, que va desde la tradicional familia nuclear y la familia extensa, hasta estructuras familiares en las que se cuenta con uno solo de los progenitores, o las familias con hijos adoptivos, familias en las que el padre y la madre están casados por segunda vez y tienen hijos de relaciones anteriores, en donde se hace presente la convivencia con padrastro o madrastra, la pareja que cohabita sin ningún contrato matrimonial; las compuestas únicamente por la pareja conyugal, padres divorciados que no conviven con sus hijos. Asimismo, la diversidad sexual se viene incorporando en el concepto de familia, viéndose de forma más frecuente y aceptada en las sociedades modernas que conforman las familias homoparentales (33), con o sin hijos adoptivos, y que comparten la expresión y el compromiso sexual. Estas formas de convivencias son algunos de los ejemplos que dan cuenta de las transformaciones que ha sufrido el modelo de familia.

Un cambio relevante en la estructura de la familia latinoamericana es la posición del padre en cuanto a la autoridad. En generaciones pasadas, era común que el padre exigiera de sus hijos respeto y obediencia. Hoy la regulación de autoridad ha recaído en la mujer, la observación más frecuente es que el padre ha pasado del autoritarismo a la falta de autoridad.

El centro de gravedad ha girado hacia la madre, quien se ha convertido en la máxima autoridad del hogar, estableciéndose una relación no balanceada entre ésta y los hijos, ya que el padre, solo cumple funciones externas; está poco en casa, no es reconocido por sus hijos como guía, por lo que ellos difícilmente se identifican con él, lo que trae como consecuencia la necesidad insatisfecha de autoridad, que se expresa en la conducta social de muchos jóvenes, a través de su ambivalencia hacia toda jerarquía institucional (34).

Rol de la familia en el cuidado de la salud

En todo lo relacionado con la conservación y protección de la salud, la familia cumple roles esenciales, de gran trascendencia, en tanto desempeña las funciones inherentes a la satisfacción de necesidades básicas y el cuidado de sus integrantes, lo que incluye además la obtención y administración de los recursos económicos para el hogar y la organización de servicios domésticos. En el seno de la familia se forman los motivos, patrones y hábitos relacionados con el comportamiento implicado en la salud, se gestan procesos que actúan como protectores de salud o desencadenantes de la enfermedad y se desarrollan recursos de apoyo altamente significativos y efectivos. Las rutinas familiares y el rol de brindar atención influyen en las posteriores conductas de salud de los hijos, dado el valor de las interacciones placenteras familiares en los aprendizajes de salud (35).

Asociada con estas ideas, la OMS define la salud integral (25) como un conjunto de factores biológicos, emocionales y espirituales que contribuyen a un estado de equilibrio del individuo. La salud integral pasa por la salud física, mental y social y, de acuerdo con esta definición, no solo supone la ausencia de enfermedades, sino el bienestar de la persona y la capacidad para afrontar las dificultades de cualquier índole que la vida le presente. Esta capacidad para desarrollar estilos de vida y hábitos saludables se establece principalmente en la familia a través del desarrollo de hábitos, actitudes, habilidades y capacidades para enfrentar la vida.

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) otorga a la salud integral un campo de prioridad programática integrado por la salud de la niñez, la adolescencia, el envejecimiento saludable, la salud sexual y reproductiva, la maternidad segura y saludable, y la reducción de la mortalidad materna, señalados en la ruta de atención integral con las acciones de promoción y mantenimiento de la salud por curso de vida y las rutas específicas por grupos de riesgos, la articulación de las intervenciones individuales y colectivas (36).

Marco conceptual de la enfermería y salud de la familia

En el año 1995 el Comité de Expertos en Enfermería de la OMS declaró que los servicios de enfermería orientados a la salud de la familia se basan en la concepción de ésta como unidad y tienen por objeto atender las necesidades y preocupaciones de la familia en materia de salud, animándola a utilizar sus propios recursos, humanos y materiales, y señalando la manera óptima de utilizar los servicios de salud disponibles (37).

De igual forma, en la descripción funcional de la enfermería se plantea que este servicio promueve la salud y ofrece atención preventiva, ayuda a los individuos, familias y grupos a determinar y alcanzar su capacidad potencial físico, mental y social, y a lograrlo dentro del desafiante contexto del ámbito en que viven y trabajan, procura lograr la máxima participación en la prevención, en el tratamiento y en la atención de la salud (37).

En cuanto al objetivo de la profesión de enfermería este último se establece como el cuidado del paciente, sin olvidar que forma parte de un grupo social: la familia; por ello debe involucrar a la familia en el cuidado del paciente, de esta forma se muestra la familia como un recurso para la atención y el cuidado (38).

Para finalizar, según el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), el cuidado de enfermería de familia es la asistencia de enfermería con

enfoque biopsicosocial centrada en la unidad familiar para ayudar a sus miembros a su autocuidado y a la consecución de mejores niveles de salud. La característica del cuidado de la salud de la familia es que se dirige a los miembros que están sanos y a los enfermos, tiene en cuenta las relaciones entre los miembros de la familia, el contexto cultural y comunitario, trabaja con la familia y sus problemas de salud prioritarios (39),

Cuidados de enfermería a la unidad familiar

En la salud de las personas el grupo social que más influye es, sin duda, la familia. Ésta es una de las instituciones sociales más antigua y más fuerte. Sus miembros tienen una historia común, comparten rasgos genéticos, entornos sociales, costumbres, creencias, actitudes generales y estilos de vida.

Al considerar a la familia como un sistema social, se constatará que funciona como una unidad, ya que a través de las interacciones que se generan entre sus miembros y la dependencia mutua que existe entre ellos, los factores que influyen en uno de sus miembros afectan a todos los demás en mayor o menor grado.

La familia ha sido siempre la principal fuente de apoyo y cuidados, la mayor parte de los mismos que requieren los diferentes miembros de la unidad familiar se proporcionan en el seno de ésta.

El estado de salud de un miembro de la familia y su reacción frente a la enfermedad influyen en los mecanismos físicos y psicológicos de soporte que actúan dentro de la familia, y reciben, a su vez, influencia de estos mecanismos. El crecimiento y desarrollo de un niño dependen de la interacción de ciertos factores biológicos determinados genéticamente, y también del medio familiar. Las malas condiciones de la vivienda, el hacinamiento, la alimentación deficitaria y la falta de instrucción afectan a los miembros de la familia, que tienen en común ciertas formas de comportamiento, incluso las que se refieren a la asistencia

sanitaria. Es lógico, pues, considerar las necesidades y los problemas sanitarios de la familia en su conjunto y abordar los problemas de salud individuales en el marco de un programa general de salud de la misma. Las modificaciones que conlleva la vida moderna han producido cambios que nunca se habían previsto en las necesidades de salud y en la demanda de una mayor cobertura en cuanto a los servicios de la misma. La enfermedad, la discapacidad y situaciones como el desempleo pueden alterar el equilibrio de un grupo y afectar la salud mental y física de sus miembros.

En 1974, la reunión del Comité de Expertos en Enfermería de la OMS formuló la siguiente declaración: Los servicios de enfermería orientados a la salud de la familia se basan en la concepción de ésta como unidad y tienen por objeto atender las necesidades y preocupaciones de la familia en materia de salud, animándola a utilizar sus propios recursos, humanos y materiales, y señalando la manera óptima de utilizar los servicios de salud disponibles (25).

Existen otras razones que justifican la atención a la familia, entre éstas:

- Al considerar la familia como un sistema social abierto, y a través de la interrelación que establece con su medio social, los cambios sociales que se producen influyen en el núcleo familiar, de la misma forma hay que tener en cuenta el papel influyente de la misma sobre el desarrollo de la sociedad. Los hábitos de vida de la comunidad están configurados por los hábitos de vida de la familia. Pudiendo afirmar que la salud de la familia determina la salud de la comunidad: Por lo que, promover la salud en el núcleo familiar significará promover la salud de la comunidad.
- Los cambios generados por la vida moderna han producido modificaciones en las funciones tradicionales de la familia. Con la incorporación de la mujer al mercado de trabajo se han producido y se están produciendo limitaciones en alguna de ellas, como la educación de los hijos, el cuidado a los familiares enfermos y ancianos, esto hace que los cuidados que ofrece la familia, en la

actualidad, a personas con discapacidad, ancianos o enfermos en el hogar sea escasa, recayendo éstos, en la mayoría de los casos, sobre la mujer, repercutiendo esta situación en la salud de la persona que presta los cuidados y en quien los recibe. Por consiguiente, los cambios en las funciones de la familia y los cambios sociales generan nuevas necesidades. Generándose el requerimiento de prestar una atención de ayuda, apoyo, asesoramiento y enseñanza en el núcleo familiar, no solo a los miembros que requieran unos cuidados directos, sino también a los que asumen esos cuidados.

- En el seno familiar el niño comienza el proceso de socialización, al mismo tiempo que aprende a adaptarse al mundo y a identificarse con los modelos de madre y padre, adquiriendo unas normas, valores y hábitos, es decir, la familia es un núcleo generador de hábitos. Siendo la atención a la misma una vía para promover hábitos de vida saludables.
- Se dijo anteriormente que la familia es un sistema abierto y funciona como una unidad. Entre sus miembros existe una interdependencia que les hace funcionar como una unidad; así, los problemas o necesidades de alguno de ellos repercuten en la familia como grupo, y viceversa, es decir, los cambios de la familia como grupo afectan individualmente a cada uno de sus componentes. Al ser un sistema abierto, los cambios que se producen en su entorno inmediato también influyen en el núcleo familiar y en sus miembros individualmente.

En síntesis, los cuidados a la unidad familiar son los cuidados que se dan en el ámbito familiar, se basan en experiencias domiciliarias, en la relación de ayuda enfermera-persona para mantener un buen estado de salud, tienen como objetivo ayudar a la persona y la familia a enfrentarse a los retos de la vida, a alcanzar su funcionalidad, según los recursos, capacidades y deseos de salud, por lo cual, los profesionales de enfermería deben entender los conceptos y las funciones de la familia, la importancia del cuidado a la familia y de su intervención,

para lograr conciencia del autocuidado de la salud en la familia y en la comunidad.

Trabajar con un enfoque unitario en la familia significa fundamentalmente trabajar con la unidad familiar como grupo y no solo como la suma de sus miembros. La familia es un núcleo generador de hábitos, es un sistema abierto y funciona como unidad que determina la salud de todos: los hábitos y los problemas de salud afectan al enfermo, a la familia y a la comunidad. De este modo, la familia es, en sí misma, el principal proveedor de cuidados para sus propios miembros, adquiriendo un papel fundamental en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y en los cuidados del enfermo, de la persona con discapacidad, y en algunos núcleos del cuidado del anciano.

Participación de la enfermera en la atención familiar

Las enfermeras constituyen el recurso esencial para atender la salud de la familia, sin embargo, es una tarea compartida. Cuidar desde un enfoque familiar implica incluirla en el proceso de prestación de cuidados, ya que es el entorno donde se establece por primera vez el comportamiento y las decisiones en materia de salud, de tal manera que el contexto familiar brinda la posibilidad de tratar las necesidades de salud de la unidad familiar y de cada uno de sus miembros (36). Aunque la familia ha delegado algunas de sus funciones, continúa asumiendo la función principal de cuidado y protección de sus integrantes, ya que la percepción de una alteración de la salud, las decisiones y las acciones de cuidado comienzan y se desarrollan en el marco familiar. Por ello, las enfermeras reconocen a la familia como la unidad básica de las intervenciones de enfermería, y como señala Friedemann (40), se debe comprender que la estructura familiar puede representar un proceso dinámico, más que una variable estática, con diversas repercusiones en el estado de salud familiar.

Actualmente, la enfermera se enfrenta a una mayor pluralidad de formas familiares y de alternativas que cubren las diversas necesidades

de los individuos, ya que la familia está cambiando en respuesta a las necesidades de sus miembros y a las presiones del entorno y de la sociedad. Es importante que las enfermeras conozcan y entiendan las repercusiones de la composición y estructura en la salud familiar, pues términos como familia nuclear, familia monoparental, de madre soltera o familia extendida, se refieren a personas viviendo en el mismo espacio familiar (40). La enfermera, más allá de la estructura familiar, orientará a la familia a mantener una estabilidad, a través de promover y hacer consciente a los integrantes de ésta, de la importancia del cumplimiento de normas, reglas y roles definidos, así como una comunicación abierta, clara y permanente para mantener el equilibrio de la salud familiar.

Cuando se aborda a la familia en procesos preventivos, promocionales y de rehabilitación, se están brindando cuidados de enfermería tendientes a lograr la salud familiar, la cual hace referencia tanto al estado de salud de los integrantes de la familia como a la funcionalidad de la familia como unidad (41).

Para Horwitz y cols. (42) la salud familiar es el resultado del ajuste o equilibrio entre elementos internos y externos del grupo familiar, la capacidad de la familia para adaptarse y superar las crisis durante su ciclo. Así, la salud familiar puede considerarse como el ajuste o equilibrio entre los elementos internos y externos del grupo familiar, incluyendo el estado de salud física y mental individual, así como el nivel de interacción entre los miembros de la familia.

El estudio y atención de la familia exige de la enfermera conocimientos profundos en enfermería familiar, ha de reconocer la relación que hay entre la salud de la persona y la salud de la familia, de tal forma que al proporcionar cuidados a los distintos miembros, sanos o enfermos, la enfermera debe abarcar todos los aspectos de la experiencia de la familia: su historia, su progreso, su estado actual y su futuro. Esto es posible a través de la utilización, en la práctica, de diversos modelos de

atención, que le permitan lograr el propósito central de las acciones de cuidado con este grupo, un abordaje holístico tanto de la familia como de cada uno de sus miembros y el logro de una relación que involucre a la enfermera-individuo-familia, sin dejar de considerar en las intervenciones, los aspectos psicosociales que prevalecen en la familia.

Las enfermeras, señala Friedemann (40), cuentan con una ventaja importante en relación con otros profesionales al proporcionar cuidados, pues han participado en los eventos más significativos de la vida de la familia, como el nacimiento, el desarrollo humano en todas las etapas de la vida, las crisis, los estados de salud y enfermedad, la muerte, así como en las emociones básicas de éstas, como la ansiedad y la pena. La enfermera, en el ámbito de la salud familiar, puede diversificar sus acciones desde el contexto de la atención primaria en salud, cuyo propósito principal se enmarca en la modificación y desarrollo de estilos de vida en las familias, así como aquellas que presentan problemas de salud más complejos en uno o más de sus integrantes, sin dejar de considerar que, tanto en uno como en otro contexto, la familia está inmersa en un ambiente sociocultural, posee una historia de vida que determina muchos de sus hábitos de comportamiento y de cuidado.

Las enfermeras que cuentan con formación, conocimientos, capacidades y comprensión de las distintas formas de familia, pueden favorecer a la familia sana fortaleciendo su estructura y sus funciones, así como la promoción de una dinámica familiar positiva que favorezca su salud. Al prestar cuidados a las familias, se debe respetar el carácter único de cada una de ellas. Los estereotipos de algunas estructuras familiares, como las parejas del mismo sexo, pueden sentirse rechazadas y apartarse de toda búsqueda de apoyo, con lo que se incrementan sus riesgos de problemas de salud.

Es muy significativo la forma en que la enfermera se acerca a la familia para ofrecer o brindar cuidado, pues se requiere de características y valores que le permitan ser aceptada en el contexto familiar, a través

del reconocimiento de sus habilidades y capacidades en el abordaje de los diferentes problemas por los que atraviesa la familia.

Modelo de enfermería de familia

Una de las alternativas con que cuenta la enfermera para realizar el abordaje de la familia es a través de la aplicación del Modelo de Enfermería de Familia (43), el cual permite especificar e interpretar la información que se obtiene de ella, para aproximarse a la compleja realidad que incide en su salud.

Este modelo está organizado en seis dimensiones que representan los aspectos constituyentes de la salud familiar (Figura 3):

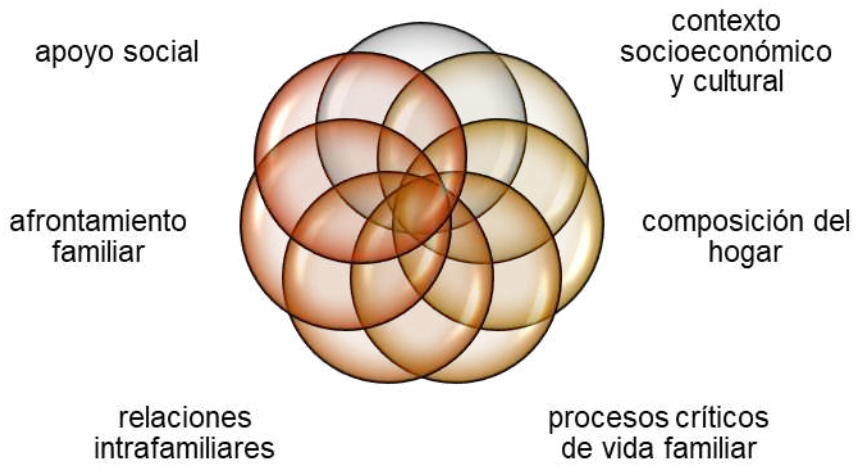


Figura 3. Dimensiones de la salud familiar.

Las nociones de la realidad que estas dimensiones representan se interrelacionan en forma sistémica. De ningún modo las dimensiones de la realidad coincidentes en la salud familiar responden a una concepción atomista, fragmentada ni simplista de tan complejo fenómeno. Muy por el contrario, la idea central apunta hacia un campo de integración en la familia de lo biológico, lo social y lo psicológico en lo grupal significativo, de tal forma que el modelo proporciona a la enfermera una concepción de salud del grupo familiar y una perspectiva integradora de

los procesos que la involucran, fortaleciendo la visión entre la relación familia-salud-enfermera.

1. Contexto socioeconómico y cultural: El contexto socioeconómico y cultural de la vida familiar, permite obtener datos sobre los aspectos socio-laborales de la familia, la situación económica y las condiciones materiales de vida del hogar, así como el aspecto cultural en el cual se desarrolla la vida cotidiana de la familia, como es la religiosidad y los valores ético-morales.
2. Composición del hogar: La composición del hogar incluye las características de la estructura familiar que comparte un hogar, como son el número de convivientes, las relaciones de parentesco entre ellos y con relación a un "jefe del hogar", la edad y el sexo.
3. Procesos críticos de vida familiar: Hace referencia a la vivencia en la familia de acontecimientos de diferente naturaleza que afectan la estabilidad y el funcionamiento en un determinado período. Los acontecimientos normativos, paranormativos y de salud, suponen valoraciones en las relaciones familiares, en los sentimientos, se generan exigencias y cambios en su funcionamiento interno (43).
4. Relaciones intrafamiliares: Este apartado permite valorar la calidad (armoniosa, estable, disfuncional) de las relaciones (interpersonales e intrafamiliares) entre sus miembros, ya que con frecuencia pueden constituirse en un problema cuando no se establecen los suficientes vínculos afectivos. Cada familia establece sus prototipos de relacionarse entre sí, lo que impactará en el desarrollo físico, intelectual, psicológico y espiritual de cada uno de sus integrantes.
5. Afrontamiento familiar: Implica la capacidad que tiene el grupo familiar de movilizarse, de tomar decisiones ante los problemas y el modo de comportarse frente a los procesos críticos, puede ser constructivo cuando se generan actitudes y comportamientos favorables a la salud como la flexibilización de normas establecidas, ajuste de roles, solicitar apoyo comunitario o profesio-

nal; y destructivo, cuando la familia evade el problema y asume conductas de negación y rechazo, evitando el tratamiento y/o apoyo de cualquier índole.

6. Apoyo social: Constituye el conjunto de recursos de diversa naturaleza con los que pueden contar las familias en la vida cotidiana y en otros momentos en que no está en posibilidades de hacer frente a determinadas situaciones al rebasar sus recursos y potencialidades. Los tipos de apoyo pueden ser instrumental, material o psicológico (43).

Por la relevancia innegable que tiene la enfermera en el trabajo con la familia, instituciones como la OPS-OMS han señalado que la enfermera de familia ha de contar con conocimientos profundos sobre la complejidad, tanto de las personas, familias y grupos, como de las interacciones que se producen entre ellos. Así mismo, ha de conocer la comunidad donde ofrece sus servicios, los recursos disponibles y las diferentes maneras de interactuar entre sus miembros. La enfermera de familia necesita también estar preparada para intervenir en órganos de salud pública, ya que ella puede identificar elementos en el barrio o en la comunidad que influyen de manera positiva o negativa en la salud de la familia y las personas que la componen. Deberá ser una activa participante (36).

Características de la familia funcional

Conceptualizar la noción de familia funcional hace necesario diferenciar entre salud familiar y salud de la familia. La primera hace referencia a la capacidad de llevar a cabo las diferentes funciones que le han sido asignadas como agente social primario, al mismo tiempo que da respuestas a las necesidades de sus miembros, en función del ciclo vital (CV) en el que se encuentre; mientras que la segunda es la suma de los estados de salud de sus miembros.

La familia funcional se caracteriza por la capacidad de afrontar los diferentes cambios generados, bien por la etapa del ciclo vital en el que

se encuentre o derivadas de determinadas situaciones capaces de producir tensión. Sus características más importantes son:

- Interacciones entre los miembros de las familias regulares y variadas.
- Potenciación de contactos activos con otros grupos y organizaciones sociales.
- Toma de decisiones democráticas.
- Soluciones creativas de problemas.
- Roles flexibles.
- Relaciones de soporte amplias.
- Espacio para la autonomía de los hijos.
- Especificidad y fortaleza de vínculo conyugal.

Existen elementos que interfieren en la función familiar; por su importancia hay que destacar la presencia de acontecimientos vitales estresantes. Uno de estos elementos es la aparición de enfermedades crónicas o accidentes en algún miembro de la familia, repercutiendo al mismo tiempo en las relaciones interpersonales de la misma.

Crisis de la familia y disfunción familiar

Los eventos vitales estresantes

Según diferentes autores, para poder considerar un acontecimiento como estresante tienen que estar presentes varios elementos. Entre éstos, y, en primer lugar, su percepción como negativos o no deseables y que generen en la familia o persona cambios vitales.

En un intento de adaptarse a la situación causada por el factor estresante se producen, a nivel individual, una serie de respuestas motoras, cognitivas y psicofisiológicas. Las respuestas inadaptadas originan cambios en la salud, aparición de enfermedades o agravamientos de las preexistentes. A nivel familiar se desestabiliza el sistema homeostático, dando lugar a una crisis familiar; cuando la familia no dispone de recursos o éstos son insuficientes, así como déficit de apoyo social, la crisis desembocará en una disfunción familiar.

En este contexto, existen familias que evitan las crisis manteniendo el grado de estrés en un nivel aceptable, a través de un proceso interactivo denominado «adaptación» o también ayudado por un apoyo social fuerte, atenuando así la crisis o solucionando el problema. Por el contrario, otras familias dejan de funcionar, no se mantienen las normas familiares, se alteran los hábitos y costumbres y no se llevan a cabo las tareas. Los miembros de la familia dejan de tener niveles óptimos de funcionamiento, tanto en el plano físico como psíquico.

Algunos de los elementos específicos que definen la crisis familiar son:

- Incapacidad para cumplir sus tareas habituales en el trabajo, escuela, hogar.
- Incapacidad para tomar decisiones y solucionar problemas.
- Incapacidad para cuidar de forma habitual unos de otros.

La duración de una crisis es variable. Son indispensables para superar la crisis los recursos familiares, el apoyo y la red social. La recuperación se produce cuando disminuye el efecto del evento, cuando se incrementan los recursos familiares y el apoyo social y, por último, cuando se modifica la percepción del evento.

Si los recursos familiares son escasos, o nulos, se puede producir una disfunción familiar, demostrando incapacidad para cubrir las necesidades de sus miembros. Lask (44) identificó una serie de características comunes en las diferentes familias disfuncionales, entre éstas:

- Incapacidad de resolver problemas y/o conflictos, así como toma de decisiones.
- Presentan déficit o escasa organización, generando respuestas caóticas ante determinados cambios o situaciones estresantes.
- También puede observarse lo contrario, esto es, organización muy rígida, impidiendo la adaptación al cambio, así como incapacidad para dar respuesta ante situaciones estresantes.
- Excesiva implicación de la familia, lo que hace que sus miembros pierdan autonomía.

- Excesiva distancia entre sus miembros, presentando déficit de apoyo emocional y práctico.
- La pareja presenta conflictos crónicos o el vínculo es débil, no favoreciendo el desarrollo de sus funciones.
- Como consecuencia existe poca expresión de sentimientos y déficit de respuesta adecuada a los mismos.
- Por último, presentan bloqueos y distorsiones en la comunicación.

En síntesis, la familia en su desarrollo vital va transitando por diferentes etapas y cada una de ellas tiene sus especificidades, sus tareas y sus momentos de desequilibrio o reajuste interno, denominados crisis normativas. En el tránsito por este ciclo vital, la familia oscila entre períodos de estabilidad y períodos de cambios, caracterizados estos últimos por contradicciones internas que son necesarias e imprescindibles para propiciar su desarrollo. Estas contradicciones surgen a partir de eventos familiares que constituyen hechos de alta significación para el individuo y la familia, y que provocan cambios en el ritmo cotidiano de la vida familiar que originan momentos de estrés, al tener la familia que enfrentarlos reestructurando sus procederes habituales.

1RA EDICIÓN

CUIDADOS HUMANOS

COMO EJE DE LA ENFERMERÍA COMUNITARIA

CAPÍTULO IV

EPIDEMIOLOGÍA: CONCEPTOS, MODELOS Y APLICACIONES

MAWIL
Publicaciones Impresas y Digitales

Introducción

La epidemiología es una ciencia relativamente joven, sobre cuya antigüedad no existe consenso. Hay quienes remontan sus orígenes a Hipócrates y quienes consideran que ya las civilizaciones orientales tenían conocimientos de epidemiología.

Sin embargo, su desarrollo como disciplina, con bases teóricas y procedimientos sistemáticos de estudio, recién se consolida a mediados del siglo XIX, junto con el nacimiento de las teorías modernas sobre la causalidad de las enfermedades.

El momento del desarrollo de la epidemiología como disciplina no es casual, pues coincide con cambios sociales y demográficos producidos por el aumento de la población en Europa y su concentración en las ciudades, que facilitaron la extensión de muchas enfermedades como el cólera, la peste, las enfermedades respiratorias y las enfermedades carenciales (anemia y raquitismo), y, por ende, la oportunidad de estudiar mejor los fenómenos epidémicos.

A pesar de ello, el concepto de epidemiología aún sigue discutiéndose en los diversos ámbitos disciplinares de las ciencias de la salud.

Conceptos de epidemiología

Sucede con la epidemiología, así como con muchas otras disciplinas, que resulta difícil proponer un concepto unívoco que permita dar cuenta de toda la complejidad de este campo de estudio. Es por ello que se presentan diferentes definiciones de epidemiología, con la finalidad de establecer comparaciones entre ellas y realizar un análisis crítico y contextualizado de las mismas.

La epidemiología estudia los procesos de salud-enfermedad que afectan a la población. Se interesa por conocer las características de los grupos que se ven afectados por estos procesos, cómo se distribuyen geográficamente y en el tiempo los eventos de salud y enfermedad,

con qué frecuencia se manifiestan y cuáles son las causas o factores asociados a su aparición.

En época reciente, el distinguido sanitarista venezolano doctor Osuna (45), recopiló 28 conceptos relacionados al término epidemiología, dando cuenta de la falta de acuerdo entre los autores sobre aquello que, hasta entonces, se entendía por epidemiología, aunque, a la vez, tal diversidad muestra la riqueza y potencialidad de esta disciplina.

En todas las definiciones, de un modo u otro, se distingue la idea de que a la epidemiología le interesan las causas por las que las enfermedades se difunden en las poblaciones. Este concepto, esbozado por varios autores, fue precisado con mayor claridad por Elkin (46), respetable epidemiólogo ruso, que definía la epidemiología como: la ciencia que estudia las causas de la aparición, propagación, mantenimiento y descenso de los problemas de salud en poblaciones, con la finalidad de prevenirlos o controlarlos.

En esta definición se encuentran conceptos nuevos y otros no tan nuevos, que integrándolos ayudan a conceptualizar qué es la epidemiología.

La función más importante de la epidemiología es determinar la frecuencia –o sea la cantidad de veces– que sucede algo y las tendencias de exposición a factores o marcadores que se asocian con daño o enfermedad.

Con tendencias de exposición se hace referencia a cuánto, más o menos, se encuentra una persona expuesta a determinado factor, por ejemplo, la exposición de un niño al humo del cigarrillo, si éste vive en un ambiente de fumadores, de aquel que sólo se expone al humo de cigarrillo casualmente.

Se denominan marcadores de riesgo a aquellas condiciones que se asocian con un riesgo mayor de que aparezca una determinada enfermedad y que no pueden ser modificados (sexo, edad, etnia). En cambio, se denomina factores de riesgo a toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad. Por ejemplo, un grupo de personas fumadoras tiene un riesgo mayor de padecer cáncer de pulmón que el grupo de personas no fumadoras; es decir, el cigarrillo es un factor de riesgo para desarrollar cáncer de pulmón. Sin embargo, que el grupo de fumadores tenga un riesgo mayor de padecer cáncer de pulmón que el grupo de los no fumadores, no implica que todos los fumadores lo desarrollarán.

La presencia de los factores de riesgo puede ser controlada y prevenida antes del desarrollo de la enfermedad, mientras que la de los marcadores no puede ser evitada ya que son características de las personas, como la edad o el sexo, por ejemplo.

Otro concepto importante en esta definición de epidemiología es el problema de salud. Sin dejar de reconocer que las enfermedades infecciosas y las enfermedades crónicas no infecciosas son un problema de salud, aún prioritario, en muchos países, lo que hoy se denomina problema de salud abarca condiciones que no encajan en la tradicional definición de enfermedad, pero que, sin embargo, afectan al bienestar de la población. En este marco, por problema de salud se entiende "todo aquello que requiere o puede requerir una acción por parte de los agentes de salud" (47). En este sentido ingresan en el campo de la epidemiología problemáticas como la violencia, los accidentes de tránsito, el tabaquismo, la obesidad y las adicciones, todas con alcance sobre cuestiones de salud, pero no son consideradas patologías, en sentido estricto, en principio.

Otro concepto fundamental incluido en la definición es el de población. El concepto de población es entendido como conjunto de individuos que comparten características comunes. De este modo cuando habla-

mos de poblaciones en epidemiología no nos referimos exclusivamente a poblaciones humanas, la epidemiología también estudia poblaciones de animales, plantas, microorganismos e incluso, genes. Cada una de estas poblaciones tiene particularidades que se deben conocer para comprender los fenómenos que ocurren en ellas.

Las concepciones acerca de la epidemiología han ido variando conforme avanza la ciencia en aspectos ligados a las prácticas y diferentes conceptualizaciones en el campo de la salud.

Aquí se presentan algunas definiciones que describen la evolución del concepto y sus cambios a lo largo de la historia (48) :

- Ciencia de las enfermedades infecciosas entendidas como fenómeno de masas (o de grupo), consagrada al estudio de su historia natural y de su propagación, W. H. Frost (1927).
- El campo de la ciencia médica interesado en las relaciones de los varios factores y condiciones que determinan las frecuencias y distribuciones de un proceso infeccioso, una sola enfermedad o un estado fisiológico en una comunidad humana, K. F. Maxcy (1941).
- La epidemiología es el estudio de la salud del hombre en relación con su medio, Payne (1965).
- Ciencia fundamental de la medicina preventiva y de la salud comunitaria, J. N. Morris (1975).
- Razonamiento y método propios del trabajo objetivo en medicina y en otras ciencias de la salud, aplicados a la descripción de los fenómenos de salud, la explicación de su etiología y la búsqueda de métodos de intervención más eficaces, Lilinfield (1977).
- Un razonamiento y un método propios de un trabajo objetivo en medicina y en otras ciencias de la salud, aplicados a la descripción de los fenómenos de salud, a la explicación de su etiología y a la búsqueda de los métodos de intervención más eficaces, Jenicek (1996).

- El estudio de la ocurrencia y distribución de sucesos, estados y procesos relacionados con la salud en poblaciones específicas, incluyendo el estudio de los determinantes que influyen en esos procesos y la aplicación de este conocimiento para controlar los problemas de salud, Porta & Last (2008).
- Es el estudio de la frecuencia y distribución de los eventos de salud y de sus determinantes en las poblaciones humanas, y la aplicación de este estudio en la prevención y control de los problemas de salud (OPS/OMS, 2011).

La lectura de estas definiciones permite establecer comparaciones y advertir el modo en que ha ido modificándose la concepción epidemiológica a lo largo del tiempo.

En este sentido, se puede afirmar que la epidemiología ha avanzado conforme se identifican nuevos problemas y sus conclusiones influyen drásticamente en la práctica médica. Fue transformándose a lo largo de la historia desde su primitivo origen en lo meramente infeccioso y orgánico hacia una metodología orientada a investigar las más diversas situaciones que afectan a la salud de las poblaciones.

Asimismo, se puede decir que la epidemiología tiene como propósito describir y explicar la dinámica de la salud poblacional, identificar los elementos que la componen y comprender los determinantes de las condiciones de salud en las poblaciones humanas, así como las modalidades y el impacto de las respuestas sociales instauradas para atenderlas.

Enfoques y modelos epidemiológicos

El carácter interdisciplinario de la epidemiología está ligado a su intención de construir un conocimiento de todo el entorno o contexto en el que se desenvuelven los problemas de salud, comprenderlos y proporcionar servicios de salud más eficaces, eficientes y equitativos a la población de un determinado lugar (49). La epidemiología ha de-

mostrado ser dinámica, respondiendo con distintos modelos a lo largo de los últimos doscientos años. Pero está lejos de haber resuelto los debates, de tal modo que, en la actualidad, si bien existe un modelo dominante, existen otras alternativas para pensarla.

Es muy importante comprender que los abordajes epidemiológicos responden a diferentes miradas de la realidad, que son más o menos inclusivas y más o menos integradoras, de las diferencias que tienen los sujetos que componen la población.

A continuación, se presenta un resumen de las características más relevantes de estos modelos de la epidemiología.

Epidemiología clásica

Desde la mitad del siglo XX el paradigma vigente que más desarrollo ha generado es el del riesgo o epidemiología de las enfermedades crónicas, que se constituye en la llamada epidemiología clásica. De este modelo se desprenden un conjunto de herramientas que permiten, no solo medir la frecuencia de enfermedad y muerte en la población, sino también los fenómenos que actúan como causales.

Este modelo de análisis, que permitió establecer la relación de un sinnúmero de factores de riesgo con enfermedades infecciosas y no infecciosas, es cuestionado desde la década de los ochenta por su dificultad para promover intervenciones eficaces sobre algunos problemas de salud complejos, como las adicciones, la violencia o las enfermedades mentales.

En este sentido, las críticas que recibe tienen fundamento en la imposibilidad de incluir algunas variables de enorme peso en la determinación del daño en salud, como las características sociales o culturales, por ejemplo.

Epidemiología social latinoamericana

Siguiendo a Parra (50) se puede afirmar que en esta mirada de la epidemiología la salud-enfermedad se concibe como un proceso social, que asume características distintas en los grupos humanos según su inserción específica en la sociedad. Visión que obliga a dar cuenta de la complejidad e integralidad del hecho epidemiológico y a reconocer la dimensión social y biopsiquíca. Desde esta perspectiva no se puede dar cuenta del proceso biológico o psíquico sin considerar su carácter social e histórico.

Las desigualdades sociales, los modos de vida y la red social se constituyen como categorías esenciales. Este planteo remite la existencia también de condiciones de vida (nivel económico, vivienda, trabajo, alimentos, etc.) en el sentido de un conjunto de condicionamientos que suponen el aumento de la vulnerabilidad y las posibilidades de accionar sobre la realidad.

Esta perspectiva reconoce tres niveles de abordaje al proceso salud-enfermedad: el micro o individual, que refiere al atributo individual que cada sujeto tenga por su pertenencia a un grupo social y que lo predisponga a un conjunto de procesos protectores o destructores; el nivel familiar, que le brinde al individuo un conjunto de estrategias de resolución de necesidades y una red de contención o apoyo; y el nivel macro, que supone la existencia de una estructura social que organiza la vida de los diferentes grupos.

Según las nuevas corrientes latinoamericanas, a la epidemiología le cabe el rol de identificar las prioridades del sistema de atención sanitaria, sin dejar de lado la preocupación predominante por la relación médico-paciente, pero motivando el interés por lo colectivo. En ese sentido, tendría como objetivo estimular, en los trabajadores de la salud y en la comunidad, la conciencia de las necesidades sociales en materia de salud.

Los fenómenos estudiados por la epidemiología pertenecen al ámbito colectivo, y, por lo tanto, deben remitir a lo social. Cabe aquí preguntarse: ¿Tiene sentido pensar en algún proceso biológico que sea independiente del contexto social? ¿Es posible pensar al individuo aislado, desenraizado de la sociedad en que vive?

La epidemiología social se distingue por la insistencia en estudiar explícitamente los «determinantes sociales del proceso salud-enfermedad».

Los factores sociales, económicos, culturales, demográficos, son pensados como partes de un conjunto más amplio de causas que incluye factores del ambiente físico y biológico en un componente designado como ambiente.

El compromiso histórico de la epidemiología con la mejora de salud de las poblaciones y con la reducción de las desigualdades sociales desafía a todos los epidemiólogos a seguir en el desarrollo de nuevas teorías, nuevas estrategias de investigación y nuevas herramientas de análisis que puedan ofrecer elementos correctos para orientar las intervenciones sociales en el campo de la salud, reconociendo los derechos de la ciudadanía a que se le garanticen las libertades democráticas y la búsqueda de la felicidad humana.

Epidemiología comunitaria

En una perspectiva de epidemiología comunitaria, según Tognoni (51), el término comunidad es muy flexible, por el hecho de que hay muchos y diferentes tipos de comunidades.

La epidemiologia comunitaria tiene sus raíces en las situaciones de vida marginales, desfavorecidas, periféricas con respecto a los distintos estratos sociales, económicos y los recursos sanitarios. Esto no significa que la epidemiología comunitaria se interesa exclusivamente en lo que sucede en las periferias y en las realidades más cercanas o locales.

Comunidad y comunitario definen, sobre todo, un estilo de trabajo y un objetivo: hacer epidemiologia, no sobre o alrededor de grupos humanos (o poblaciones), sino con estos mismos grupos.

Comunidad y comunitario se refiere en este sentido a realidades pequeñas, donde se practica más la participación. Pero estas realidades pequeñas pueden ser eslabones de las tantas redes de comunidades que constituyen la complejidad de la sociedad y de sus múltiples periferias.

La epidemiologia comunitaria es un área de experimentación de la capacidad y posibilidad de que las poblaciones dejen de ser objetos de conocimientos y sí sujetos de derechos, de conocimiento y de vida.

Por todo ello, la epidemiología comunitaria tiene como prioridad aplicar las técnicas de la epidemiología en condiciones locales que permitan una microplanificación, una microevaluación. En cambio, la epidemiología clásica mira y mide lo que pasa en las comunidades, como si las comunidades fueran un objeto de observación.

La epidemiología comunitaria considera que la salud debe ser un constante desarrollo de la mirada autónoma de las comunidades sobre sus propios problemas de salud y la participación activa para resolverlos y aliviarlos.

Hacia una epidemiología sociocultural

La dimensión cultural constituye una de las partes determinantes del proceso salud - enfermedad - atención - cuidado. Un enfoque epidemiológico que abarque los aspectos socioculturales, es importante en el contexto de las políticas de salud actuales, ya que sería difícil sostener una atención con equidad, calidad y eficiencia sin tener como referencia el punto de vista del otro; es decir, definir las necesidades y condiciones de salud-enfermedad de las comunidades desde una cultura ajena al equipo de salud (52).

Desde este enfoque, reconocer las limitaciones actuales de la epidemiología en el ámbito cultural desarrollando una epidemiología sociocultural permite un acercamiento real y tangible a la población, y una base más adecuada para el impulso de acciones de salud con participación social.

Esta limitante se acrecienta cuando nos referimos a comunidades rurales e indígenas, en cuyo contexto cultural opera un conjunto de problemas de salud/enfermedad que, aun cuando son percibidos por la población, no encuentran lugar en la medicina oficial, por tanto, en ocasiones no suelen ser reconocidos por el equipo de salud y las instituciones sanitarias, siendo el resultado la negación del problema.

Como corolario se presentan situaciones de riesgo y enfermedad no identificadas en términos epidemiológicos como necesidades de prevención y atención. Estos síndromes culturalmente delimitados y otros padecimientos de índole sociocultural, son problemas reales en la cotidianeidad de la población, que generan sufrimiento, incapacidad y muerte.

Desde esta perspectiva, la epidemiología, por ser una disciplina con un enfoque poblacional, requiere reconocer que existen en la comunidad problemas de salud condicionados culturalmente que deben ser reconocidos y tomados en consideración.

La propuesta de un enfoque epidemiológico sociocultural subraya la necesidad de conformar una epidemiología integral, que alimente el perfil construido desde las instituciones de salud pública, tomando en consideración otra mirada epidemiológica proveniente del saber de los conjuntos sociales y otros terapeutas.

A modo de síntesis

El énfasis inicial de la epidemiología estuvo en el estudio de las enfermedades infecciosas consideradas epidemias, tales como el cólera o

la viruela, que constituían un serio problema de salud de las poblaciones.

A medida que se ha ido logrando mayor control sobre las epidemias y se ha aumentado la expectativa de vida de las poblaciones, el interés se fue desplazando de las enfermedades infecciosas a las enfermedades crónicas y, se tiende a pasar de los estudios basados en la observación, con escaso tratamiento de los datos, a estudios en su mayoría experimentales, con sofisticados modelos de análisis estadísticos como, por ejemplo, los ensayos clínicos.

Asimismo, ha resurgido el interés por la epidemiología desde espacios relacionados con las políticas sanitarias y/o la administración de la salud con miras a brindar servicios más oportunos y eficaces. Pero más allá de estos múltiples intereses, la tendencia siempre fue y será descubrir las causas del proceso salud-enfermedad para profundizar su comprensión con la esperanza de contribuir a mejorar las condiciones sanitarias de la población.

Hoy, la epidemiología es un instrumento en la planificación de los servicios sanitarios, mediante la identificación de los problemas prioritarios de salud, la definición de las acciones y recursos necesarios para atenderlos y el diseño e implementación de programas para aplicar estas acciones y recursos, compartiendo las decisiones con la comunidad.
Aplicaciones de la epidemiología

Breve recorrido histórico

En el campo de la salud pública existen diversos modos de aplicar enfoques epidemiológicos. Ya se ha señalado que los estudios pioneros estaban vinculados a la causa de las enfermedades transmisibles. Se trataba de buscar el agente etiológico para aplicar métodos preventivos. Trabajos similares al de Snow (53) siguen teniendo utilidad en la medida en que coadyuvan a mejorar la salud de la población. Sin embargo, los estudios lineales de la causalidad tendieron a complejiza-

zarse porque los factores etiológicos se activarían en interacción con el ambiente. Por otro lado, también la concepción de ambiente fue ampliándose, hasta llegar a aludir a cualquier tipo de factor que pudiera alterar la salud. Fue así que, paulatinamente, la epidemiología comenzó a utilizarse, cada vez más, para realizar intervenciones preventivas y de promoción de la salud.

Otra de sus aplicaciones se dirigió al estudio de la evolución de las enfermedades en grupos e individuos, desarrollándose así la denominada epidemiología clínica, que aplica métodos epidemiológicos para ayudar a los profesionales a decidir la mejor conducta con un paciente en particular.

El estado de salud de determinadas poblaciones fue también otro de sus intereses. De ese modo se dedicó a desarrollar programas sanitarios de prioridad para la prevención y atención de la salud. En este marco, tanto la epidemiología ambiental como la ocupacional estudian poblaciones en las que habría alguna exposición ambiental específica. Últimamente, ha cambiado la orientación de los estudios, que ahora se dirigen a investigar y actuar sobre los determinantes sociales del proceso de salud y enfermedad.

Finalmente, una de sus últimas aplicaciones es la evaluación de la efectividad y eficacia de los servicios de salud.

Campos de aplicación de la epidemiología

En el campo de la salud pública existen diversos modos de aplicar enfoques epidemiológicos.

La epidemiología, más allá de sus aportes a la investigación, es una disciplina que tiene aplicaciones muy significativas para la prevención de daños a la salud de la población y para la planificación, ejecución y evaluación de los servicios de salud.

En este marco, Susser (54) establece que la epidemiología puede ser utilizada en casi todos los campos de la salud humana, incluyendo la evaluación de las acciones, servicios, programas y políticas de salud. Esto la ha conducido a vincularse con la economía y las ciencias políticas, aproximándose más aún a las ciencias sociales.

De este modo, en la actualidad, existe un amplio consenso sobre la identificación de los campos de aplicación de los estudios epidemiológicos:

- Conocer la situación de salud de la población a través de la información disponible de los distintos sectores.
- Analizar los niveles y las tendencias de exposición de la población a los factores biológicos, sociales, económicos, culturales, políticos y ambientales.
- Identificar grupos humanos que requieren ser atendidos prioritariamente relevando sus necesidades.
- Facilitar la planificación y programación de acciones de salud.
- Medir el impacto de las acciones de salud, así como la eficiencia y eficacia de las decisiones adoptadas.
- Identificar tecnologías apropiadas a la realidad sanitaria del país.
- Conocer la evolución de las enfermedades (epidemiología clínica).

Determinantes sociales de la salud

La Organización Mundial de la Salud (55) define los determinantes sociales de la salud como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana. Estas fuerzas y sistemas incluyen políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos. Las condiciones anteriores pueden ser altamente inequitativas y dar lugar a diferencias en los resultados en materia de salud. Es posible que sea inevitable que algunas de dichas condiciones sean di-

ferentes, en cuyo caso se consideran desigualdades, o que, de hecho, estas diferencias puedan ser innecesarias y evitables, en cuyo caso se consideran inequidades y, por consiguiente, metas apropiadas para políticas destinadas a aumentar la equidad.

En la región de las Américas se dispone de datos probatorios sobre el modo en que los determinantes sociales de la salud influyen en una amplia gama de resultados en materia de salud y de actividades encaminadas al logro de la salud universal, como se reflejó en la formulación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y en las formas en que los países se esforzaron por alcanzarlos. El análisis de estos determinantes reviste particular importancia en esta región dado que la inequidad y la desigualdad en materia de salud siguen siendo los principales obstáculos para el desarrollo sostenido. Las personas que viven en la región suelen verse afectadas de manera desproporcionada por las condiciones deficientes de la vida cotidiana, causadas por los factores estructurales y sociales (macroeconomía, etnicidad, normas culturales, ingresos, educación, ocupación). Estas condiciones y factores son la causa de las desigualdades y las inequidades generalizadas y persistentes en materia de salud en todo el continente.

Fundamento conceptual de los determinantes sociales de la salud

El concepto de los determinantes sociales de la salud incorpora un amplio conjunto de elementos que no se limitan al ámbito de los que son sociales por naturaleza. Los componentes básicos del marco conceptual de los determinantes sociales de la salud incluyen (55):

- el contexto socioeconómico y político;
- los determinantes estructurales;
- los determinantes intermediarios.

En la figura 4 se describen algunos de los principales aspectos sociales, económicos, culturales y medioambientales que influyen en los resultados en materia de salud. En combinación con el comportamiento

individual, los factores genéticos y el acceso a la atención de salud de buena calidad, se cree que estos factores determinan todos o prácticamente todos los resultados en materia de salud

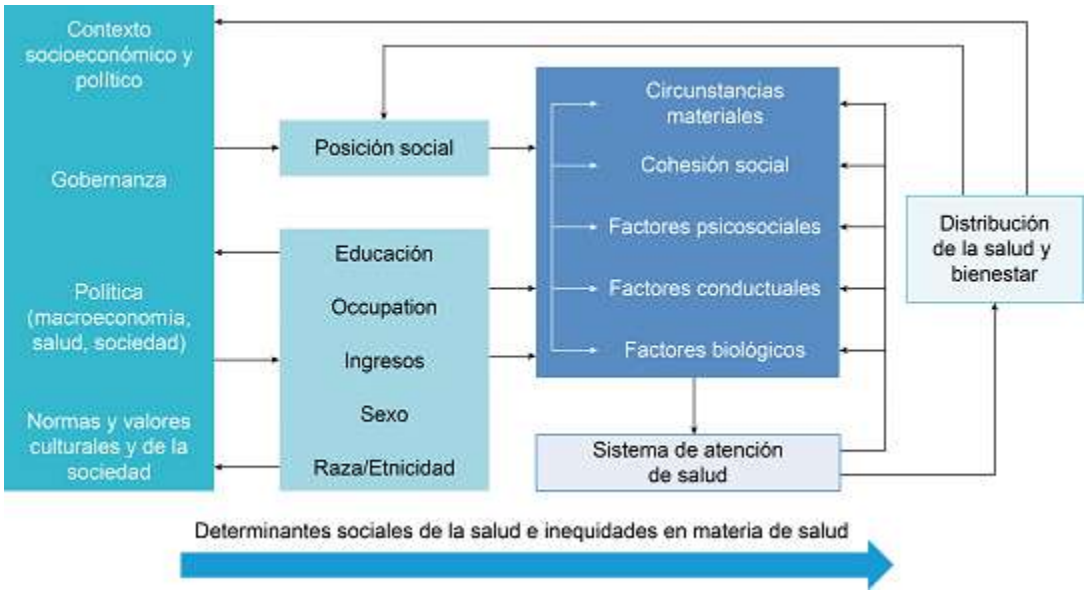


Figura 4. El marco conceptual de los determinantes sociales de la salud.
Fuente: Adaptado de Solar e Irwin (56).

Es fundamental distinguir entre los factores que mitigan el riesgo respecto de la medida en que son modificables (en otras palabras, si las diferencias en los resultados en materia de salud que estos factores causan representan inequidades o desigualdades) y considerar la relación posible entre estos factores y las políticas destinadas a influir en ellos (57). Al considerar el valor, la eficacia y la idoneidad de las políticas a este respecto, los determinantes sociales de la salud brindan la oportunidad de posicionar la salud como un bien público, es decir, que aporta beneficios para toda la sociedad que no se limitan a los beneficios marginales para la salud de una persona sino que, de hecho, pueden tener efectos positivos de manera exponencial sobre la salud de otras personas (58).

Se considera, en general, que el enfoque de los determinantes sociales de la salud es una manera sumamente eficaz de abordar las inequidades en materia de salud dado que promueve medidas con respecto a una variedad de factores que influyen en los resultados individuales y poblacionales en materia de salud, muchos de los cuales están fuera del alcance del sector de la salud.

Análisis de la situación de salud de la población

La identificación de los problemas de salud, su descripción y la búsqueda de sus causas necesariamente se vinculan con determinantes sociales.

La situación de salud de una población está directamente relacionada con los determinantes sociales y las desigualdades en la accesibilidad a la salud y con el modo en que estos determinantes se distribuyen en los diferentes estratos sociales.

El término situación de salud hace referencia a la población y su salud y al contexto, así como a los servicios sanitarios. Dichos componentes dan origen a tres grandes dimensiones en el análisis de la situación de salud:

- Análisis demográfico y socioeconómico.
- Análisis de morbilidad (enfermedades) y mortalidad (muertes).
- Análisis de la respuesta social por parte de los servicios de salud.

Estas tres dimensiones deben estar siempre presentes en el análisis de la situación de salud ya que se considera a las personas seres con historia, en vinculación permanente con su medio social y físico y, afectados por las respuestas sociales de los servicios de salud.

El conocimiento de los procesos que originan y sostienen en el tiempo los problemas de salud en las poblaciones es esencial para que la salud pública pueda desarrollar servicios, programas y acciones para dar respuesta a los mismos.

En este marco, el análisis de la situación de salud permitiría, en general:

- Describir y explicar la situación de salud de la población en relación con sus condiciones de vida; y
- Contribuir con información pertinente a mejorar la toma de decisiones para la resolución de los problemas de salud identificados.

Y en términos más específicos:

- Identificar necesidades, prioridades e inequidades en salud.
- Identificar fortalezas, debilidades y oportunidades para el desarrollo de las condiciones de vida y de salud.
- Detectar factores determinantes del proceso salud-enfermedad-atención.
- Analizar tendencias y construir escenarios prospectivos.
- Planificar programas y acciones de promoción, prevención y control de problemas de salud.
- Monitorizar estos programas y acciones y evaluar sus impactos.
- Evaluar la pertinencia, cantidad y calidad de los servicios de salud.

El estudio de la situación de salud de la comunidad es una oportunidad para identificar necesidades en la población y adecuar los servicios a las características de su demanda.

En este sentido busca:

- La eficiencia y el fortalecimiento del sistema de vigilancia de la salud.
- La identificación de las necesidades de capacitación del personal sanitario y la movilización de recursos.
- La obtención de infraestructura y equipamiento de servicios basados en la evidencia de la información.

Es de utilidad además para la negociación política, la conducción de la institución donde se aplique y la diseminación de la información sanitaria.

Vigilancia en salud pública

La vigilancia en salud pública es una función esencial asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud, es por tanto un sistema capaz de registrar, consolidar y analizar los datos relacionados con los eventos de interés en salud pública, con el fin de realizar acciones oportunas que permitan mejorar las condiciones de vida de los individuos y la comunidad.

Vigilancia epidemiológica basada en la comunidad (VEBC)

Bajo esta perspectiva, es necesario avanzar hacia propuestas de intervención que involucren a la comunidad, no solo en la identificación de las problemáticas de salud, sino también en las propuestas de solución de las mismas, lo cual implica un trabajo coordinado entre la comunidad (participación social: ciudadana y comunitaria) y la institucionalidad (gestión territorial en salud), asegurando que la comunidad sea reconocida como un actor clave en el proceso de la vigilancia epidemiológica, porque al hacer parte de la misma se tiene la información en forma permanente de las situaciones que viven y del entorno que las determinan, además porque es un actor fundamental, sin cuya participación activa y decidida, no es posible concretar la formulación de las políticas públicas de salud encaminadas a intervenir los problemas de salud de la comunidad. Así, la vigilancia epidemiológica basada en la comunidad (VEBC) define una forma o estilo de hacer la vigilancia, no sobre o alrededor de grupos humanos o poblaciones, sino con la participación de los integrantes de estos mismos grupos (59).

La VEBC es de utilidad en tiempos de normalidad y cobra mayor relevancia durante las situaciones de crisis, derivadas de las emergencias y los desastres, pues si bien éstos por sí mismos no producen brotes o epidemias, sí existen factores de riesgo que pueden incidir en la apari-

ción de enfermedades, especialmente las transmitidas por el agua, los alimentos, los vectores, las precarias condiciones de saneamiento básico en que se encuentren las personas afectadas, condiciones éstas que al aumentarse pueden inducir cambios en los perfiles epidemiológicos, principalmente de los grupos con mayores vulnerabilidades como la población más pobre, las mujeres, los niños, niñas, adultos mayores y las personas con discapacidad, generando un efecto negativo sobre sus condiciones de vida, el medio ambiente y el crecimiento económico de los países o regiones en que ocurren, cuyas secuelas se prolongan más allá del corto plazo y en ocasiones provocan cambios irreversibles.

Objetivos de la vigilancia epidemiológica basada en la comunidad

Los objetivos de la vigilancia epidemiológica basada en la comunidad son:

- Conocer los principales problemas y necesidades en salud de la comunidad, por grupos de edad, etnia y sitio de residencia.
- Conocer los principales signos y síntomas de los eventos de interés en salud pública (EISP) que afectan a la comunidad, bien en su sitio de residencia o alojamientos temporales.
- Identificar y notificar los brotes y epidemias que se presenten en la comunidad o alojamientos temporales, para asegurar conjuntamente con las instituciones de salud la implementación de acciones efectivas de control.
- Participar en la planificación de los programas de salud, a partir de la identificación de los principales problemas de salud y en la implementación de intervenciones efectivas con enfoques diferenciales de derechos, ciclo vital y etnia.
- Apoyar a las autoridades territoriales y locales de salud en la identificación de situaciones de salud que ameriten la oportuna intervención de la institucionalidad, especialmente en situaciones de emergencia o desastres.
- Facilitar la organización de la comunidad durante situaciones

de emergencia y desastres, de tal manera que se haga el seguimiento de los EISP y otros problemas de salud que afecten a la población.

¿Cómo se realiza la vigilancia epidemiológica basada en la comunidad?

Las acciones de VEBC se deben ajustar al ciclo de la vigilancia epidemiológica, el cual tiene tres momentos respecto de la información: entrada, proceso y producto. Los resultados de este ciclo se traducen en información para la acción.

- La entrada: se refiere a las acciones que realizan los funcionarios de salud y/o los vigías comunitarios de salud, líderes comunitarios, para contar con la información suficiente y necesaria (recolección), constituyendo el punto de partida para conocer el estado de salud de la comunidad a intervenir y su condición de riesgo frente a los diferentes factores determinantes del estado de salud, que están presentes en el medio ambiente donde se desenvuelven.

Las fuentes de información pueden ser primarias y secundarias: primarias, cuando la información es levantada con la participación directa de los miembros de la comunidad, como censos de los albergues, registro de personas enfermas, registros de signos y síntomas que presentan los miembros de la comunidad (morbilidad sentida), estado de saneamiento de los albergues, entre otros, y de fuentes secundarias cuya información se obtiene de la búsqueda de los registros, documentos y archivos, tales como estadísticas poblacionales, registros de nacimiento, historias clínicas, exámenes de laboratorio, mapas de riesgo, etcétera.

Toda la información que se obtiene en el trabajo de campo que se plantee, debe permitir identificar las causas que generan los problemas de salud, o de la situación no deseada que está afectando a la comunidad, es decir, que con la entrada de la información identificamos el proble-

ma, su magnitud y distribución en la población a ser intervenida. Es por esto que es necesario asegurar la calidad de la información, pues los datos inconsistentes no permiten acercarse a las causas de los problemas y, por tanto, las acciones que se tomen o apliquen pueden no servir para mejorar o eliminar los problemas de salud de la comunidad.

- El proceso: una vez obtenida la información de fuentes primarias y/o secundarias, se depuran (se ajustan, mejoran y disponen de manera sistemática los datos) y organizan a través de tablas, cuadros y gráficos para proceder a su interpretación o análisis. En este segundo momento los funcionarios de salud, vigías comunitarios de salud o líderes comunitarios deben preguntarse ¿por qué ocurre el problema de salud o evento no deseado en la comunidad?, ¿qué está sucediendo para que dicho problema se presente?, preguntas que les permitirá la identificación de las causas y/o razones de la ocurrencia o permanencia del problema.
- El producto: es el momento del ciclo de la vigilancia epidemiológica en el que los funcionarios del sector salud, los vigías comunitarios de salud o los líderes comunitarios luego de haber analizado y socializado la información, diseñan el plan de acción para intervenir en las diferentes causas que generaron los problemas de salud, la pregunta que deberán hacerse es ¿qué medidas se deben adoptar para solucionar el problema de salud? El Producto se puede organizar a manera de un plan de acción, en el cual se describen las estrategias que deben implementarse rápidamente y que están dirigidas a detectar, notificar, controlar, minimizar, eliminar o erradicar los factores de riesgo y/o determinantes que conllevan a la ocurrencia de los problemas de salud y/o a la muerte de las personas de la comunidad, estas estrategias y acciones se incluyen o articulan a los planes, programas y proyectos institucionales en salud, en especial con el Plan de Desarrollo Municipal, el Plan Territorial de Salud y los Planes de Intervenciones Colectivas (PIC), entre otros, que inciden en el desarrollo local y particularmente en el sector salud.

Principales eventos de interés en salud pública (EISP) sujetos a vigilancia epidemiológica

La vigilancia y control de eventos de interés en salud pública es una responsabilidad estatal y la competencia del nivel nacional corresponde al Ministerio de Salud Pública.

El trabajo conjunto interinstitucional y comunitario que se debe lograr para contar con la información del estado de salud de las poblaciones constituye la base del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), cuyo principal objetivo es la identificación de los Eventos de Interés en Salud Pública (EISP) en las distintas comunidades, sean concentradas o dispersas en el territorio. La notificación de los EISP al SIVIGILA es un proceso sistemático y continuo que se realiza todos los días del año, su relevancia dependerá del impacto en la salud que el evento vigilado pueda generar en las colectividades.

Los EISP pueden presentarse de manera única o confluir en un mismo territorio, lo cual está asociado a las condiciones ambientales, geográficas, sanitarias, socioculturales, así como al estado de inmuno-protección de la población.

En general, las autoridades de salud establecen como política fortalecer la vigilancia en salud pública de todos los eventos de notificación obligatoria, entre ellos las enfermedades transmitidas por alimentos, las enfermedades inmuno-prevenibles, las enfermedades zoonóticas, las enfermedades crónicas no trasmisibles, la desnutrición, las enfermedades transmitidas por vectores (ETV), la salud mental y los determinantes sociales que le afectan y se presentan en diferentes formas de violencia y consumo de sustancias psicoactivas.
Los principales EISP se pueden agrupar en:

- Vigilancia de enfermedades inmuno-prevenibles o que se previenen con vacunas, por ejemplo, el sarampión, la poliomielitis, la tosferina, el tétanos, entre otras que pueden causar graves enfermedades, secuelas y hasta la muerte de los niños y niñas.

- Vigilancia de enfermedades transmitidas por agua y alimentos (ETA) como algunas enfermedades diarreicas agudas (EDA), hepatitis A, infecciones e intoxicaciones alimentarias.
- Vigilancia de enfermedades transmitidas por animales o zoonóticas como la rabia, la tuberculosis bovina, brucelosis, leptospirosis, entre otras.
- Vigilancia de enfermedades transmitidas por vectores como la malaria, la fiebre amarilla, el dengue, la leishmaniasis y chagas.
- Vigilancia de enfermedades infecciosas como tuberculosis (TB) y lepra.
- Vigilancia de enfermedades crónicas como la hipertensión, cáncer y la diabetes mellitus, entre otras, cuya principal acción es evitar sus complicaciones.
- Vigilancia de enfermedades transmitidas sexualmente como sífilis en las mujeres gestantes y a través de ellas a los recién nacidos o neonatal, también la infección por VIH o hepatitis B.
- Vigilancia de la mortalidad evitable materna y perinatal, en especial los embarazos en adolescentes y mujeres mayores de 35 años, multíparas y con antecedentes de abortos o complicaciones en embarazos previos.
- Vigilancia de la mortalidad evitable en menores de 5 años, especialmente por enfermedad diarreica aguda (EDA) e infecciones respiratorias agudas (IRA), desnutrición (DNT) y traumatismos.
- Vigilancia de los daños en la salud provocados por sustancias tóxicas ambientales como, por ejemplo, plomo, fungicidas y plaguicidas.
- Vigilancia a factores de riesgo de alta prevalencia como el tabaquismo, alcoholismo, malnutrición, etcétera.
- Vigilancia a condiciones saludables como la lactancia materna, el ejercicio físico regular, la salud ocupacional, etcétera.
- Otros eventos de naturaleza social condicionantes o determinantes de problemas de salud, tales como la violencia urbana y doméstica, violencia intrafamiliar, el abuso sexual, los accidentes de tránsito, etcétera.

1RA EDICIÓN

CUIDADOS HUMANOS

COMO EJE DE LA ENFERMERÍA COMUNITARIA

CAPÍTULO V

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD
Y PRÁCTICAS AVANZADAS DE
ENFERMERÍA

MAWIL
Publicaciones Impresas
y Digitales

Introducción

La Atención Primaria de Salud (APS) es reconocida como componente clave de los sistemas de salud de todo el mundo; este reconocimiento se sustenta en la evidencia de su impacto sobre la salud y desarrollo de la población. Asimismo, las experiencias acumuladas tanto en países desarrollados como en proceso de desarrollo han demostrado que la APS puede ser adaptada a los distintos contextos políticos, sociales y culturales. Por otra parte, los cambios demográficos, sociales y epidemiológicos producidos desde la celebración de la Conferencia de Alma-Ata (60) acarrean la necesidad de una revisión profunda de la estrategia de APS para que pueda dar respuesta a las necesidades sanitarias y de desarrollo de la población en el mundo.

Es este sentido, la estrategia de atención primaria plantea un desafío formidable a la imaginación, capacidad técnica y voluntad de servicio de quienes tienen a su cargo la orientación de los procesos que, finalmente, han de conducir al logro de niveles más dignos de salud y bienestar para una alta proporción de la población de la región de las Américas, y en particular de América Latina y del Caribe.

Antecedentes históricos de la Atención Primaria de Salud (APS)

Existe una política sobre salud pública que ha sido aceptada por casi todos los países del mundo. Esta política denominada «Salud para todos» fue definida en la Asamblea de la OMS, en 1977 (61). Por otra parte, en 1978, en la conferencia de Alma-Ata, convocada por la OMS/UNICEF (60), quedó establecido que para llevar a cabo dicha política era necesaria una estrategia específica, distinta a las utilizadas hasta entonces. Esta estrategia se definió como «atención primaria de salud», la que no se debe confundir con el primer nivel de atención o con los servicios básicos de salud. Posteriormente se definieron, para la región de las Américas, las metas mínimas en salud que debían ser alcanzadas a través de la atención primaria (62).

En este marco, la estrategia de atención primaria de salud comprende –en forma integrada– diversos programas, tales como:

- Programas dirigidos a poblaciones especiales: madre, niño, trabajador, personas de edad avanzada, personas con discapacidad.
- Programa para la salud general: alimentación y nutrición, salud bucal, salud mental, prevención de accidentes, saneamiento ambiental.
- Programas para la prevención, protección y control de enfermedades.

Las acciones para alcanzar las metas en atención primaria son integrales; es decir, afectan no solo a lo curativo sino, fundamentalmente, a lo preventivo.

Para alcanzar salud para todos a través de la atención primaria y desarrollar los programas propuestos es necesario readecuar y reorganizar los recursos físicos, humanos o materiales, de tal forma que funcionen por niveles ascendentes de complejidad; desde el primero, que son los puestos y centros de salud, hasta los más altos: hospitales especializados. El cumplimiento de los objetivos trazados implica el uso de servicios básicos de salud con participación comunitaria, partiendo del propio núcleo familiar.

Definición de la atención primaria de salud: Declaración de Alma-Ata

En la conferencia de Alma-Ata (60), convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), se define la APS en los siguientes términos:

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo

que la comunidad y el país puedan soportar durante todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención en salud al lugar de residencia y trabajo, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

Esta definición de APS se enmarca dentro de las ideas y los principios generales que inspiran la declaración de la conferencia de Alma-Ata:

- La importancia de la salud como un derecho humano fundamental, que debe ser alcanzado a través de acciones colectivas llevadas a cabo por las sociedades, y que es una responsabilidad de los gobiernos garantizar.
- La inaceptabilidad de las desigualdades generales en los niveles de salud, especialmente aquellas existentes entre los países pobres y los ricos.
- El entendimiento de que el principio de buena salud para todos mejorará el desarrollo social y económico y la paz mundial.
- La importancia de la participación popular en la atención a la salud como derecho y como responsabilidad.
- El reconocimiento de que la atención primaria a la salud debe ser universalmente accesible, de tal manera que la comunidad y el país puedan costearla; debe llevar la atención sanitaria tan cerca como sea posible a donde la gente vive y trabaja y debe incluir servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación.
- El reconocimiento de que el lograr salud para todos requerirá de un esfuerzo coordinado de todos los sectores que tienen un impacto en la salud.

El tomar en cuenta que su implementación requerirá de la voluntad política para movilizar recursos para la atención primaria a la salud.

- La aceptación de la interdependencia entre países y el hecho de que la obtención de salud de cualquier grupo de personas en cualquier país, concierne de manera directa y beneficia a todos los otros países.
- El reconocimiento de que el gasto en armas y los conflictos militares restan recursos para el logro del objetivo de salud para todos y que la paz y el desarme, en cambio, liberan recursos para ser destinados al desarrollo social y económico.

En el marco de estas ideas, que constituyen los cimientos de la declaración de Alma-Ata, se destaca que la atención primaria de salud:

1. Es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud, y en la experiencia acumulada en materia de salud pública;
2. Se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas;
3. Comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia maternoinfantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales;
4. Entraña la participación, además del sector sanitario, de todos

los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores, y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores;

5. Exige y fomenta, en grado máximo, la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar;
6. Debe estar asistida por sistemas de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados;
7. Se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresas de la comunidad.

Relevancia de la participación comunitaria en la APS

La estrategia de atención primaria de salud cobra un significado especial cuando se examinan las relaciones entre la comunidad y la institución prestadora de estos servicios. El cambio fundamental implícito en APS es que la comunidad y los individuos dejan de ser objeto pasivo de la atención sanitaria y se convierten en actores que conocen, participan y toman decisiones sobre su propia salud, y asumen responsabilidades específicas ante ella. Los factores ideológicos, políticos, sociales y culturales influirán en este proceso, y condicionarán la clari-

dad con que se vean las relaciones entre la salud y otros aspectos de la vida de la comunidad. Las actividades del sector salud se integrarán en un enfoque verdaderamente intersectorial en la medida en que la comunidad participe, de manera efectiva, en todos los aspectos de su propio desarrollo y los demás sectores del desarrollo socio-económico.

Renovar la APS para fortalecer los sistemas de salud y la consecución de los objetivos de salud del milenio (ODM)

Después de 44 años de la declaración de Alma-Ata, 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.

El propósito de la renovación de la APS es revitalizar la capacidad de todos los países de organizar una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que permita resolver los problemas de salud existentes, afrontar los nuevos desafíos en salud y mejorar la equidad. El objetivo último de un esfuerzo de esta naturaleza es lograr mejoras sostenibles en salud para toda la población.

Entre las razones que justifican la renovación de la APS se encuentran: los nuevos desafíos epidemiológicos que la APS debe asumir; la necesidad de corregir las debilidades e incoherencias presentes en algunos de los distintos enfoques de la APS; el desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos sobre buenas prácticas que pueden incorporarse para incrementar la efectividad de la APS; el reconocimiento creciente de la APS como estrategia para fortalecer la capacidad de la sociedad para reducir las desigualdades en materia de salud; y, por último, el creciente consenso respecto a que la APS es un enfoque sólido para abordar las causas de la falta de salud y de las desigualdades (63) (64).

La renovación de la APS debe de contribuir a los esfuerzos que todos los países están realizando en los procesos de cambio para fortalecer los sistemas de salud y hacer realidad la consecución de los objetivos de salud (ODM) globales, regionales, nacionales y locales, la OPS invita a entender la renovación de la APS como parte integral del desarrollo de los sistemas de salud y a dejar claro que el camino más adecuado para producir mejoras equitativas y sostenibles en la salud de los pueblos de las Américas es basar los sistemas de salud en la APS. Sistemas de salud basados en la APS.

La esencia de la definición renovada de la APS sigue siendo la misma que la de la Declaración de Alma-Ata. Sin embargo, la nueva definición se centra en el sistema de salud en su conjunto; incluye a los sectores público, privado y sin fines de lucro, y es aplicable para todos los países. Distingue entre valores, principios y elementos, subraya la equidad y la solidaridad, e incorpora principios nuevos como la sostenibilidad y la orientación hacia la calidad. Descarta la idea de que la APS sea un conjunto estipulado de servicios de salud, ya que éstos deben ser congruentes con las necesidades locales en materia de salud. De igual modo, descarta que la APS se defina por tipos específicos de personal de salud, puesto que los equipos que trabajan en la APS deben determinarse de acuerdo con los recursos disponibles, las preferencias culturales y la evidencia disponible. Por el contrario, la estrategia de renovación especifica un grupo de elementos estructurales y funcionales que pueden medirse y evaluarse y que constituyen una aproximación coherente y lógica hacia los sistemas de salud firmemente basados en la estrategia de APS. En este sentido, cada país deberá desarrollar su propia estrategia para la renovación de la APS, de acuerdo a sus recursos, circunstancias políticas, capacidad administrativa y a su propio desarrollo nacional de salud.

En síntesis: la OMS define el sistema de salud como el ente que comprende todas las organizaciones, instituciones y recursos que producen acciones cuyo propósito principal es mejorar la salud. En este marco, se

define un sistema de salud basado en la APS como un enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema. Un sistema de tal naturaleza se guía por los principios propios de la APS, tales como dar respuesta a las necesidades de salud de la población, orientación hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, justicia social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad.

Un sistema de salud basado en la APS está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales esenciales que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales son aceptables para la población y promueven la equidad. Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, pone énfasis en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción (64).

Equipo de atención primaria de salud

La atención primaria de salud es llevada a cabo por los equipos de atención primaria, formados por profesionales sanitarios y no sanitarios. Su núcleo básico lo forman: médicos de familia, personal de enfermería, trabajadores sociales y técnicos no sanitarios.

Las funciones y actividades del equipo de atención primaria de salud son:

- Asistencia a las demandas de salud de la comunidad y población en general.
- Promoción de la salud a través de la educación sanitaria individual y colectiva.
- Prevención de la enfermedad: en grupos de riesgo.
- Rehabilitación: en procesos agudos y crónicos.
- Funcionamiento interno y soporte: docencia e investigación, formación continuada, organización interna, gestión y política de calidad y evaluación.

La constitución de un equipo de salud no se logra mediante la mera yuxtaposición física de sus componentes y actividades; es necesario que asuman objetivos comunes y que se establezcan entre ellos vínculos funcionales que posibiliten un desarrollo armónico y un conjunto de tareas, basándose en la división funcional del trabajo y de las responsabilidades compartidas de acuerdo a la capacitación técnica de los profesionales de salud que lo integran, en lugar de basarse en una línea jerárquica vertical (65) (66) (67).

En este sentido, hay que destacar que el trabajo en equipo es un proceso dinámico, abierto y participativo en la construcción técnica, política y social del cambió del trabajo en salud para la aplicación de un nuevo modelo de atención. De este modo, el trabajo interdisciplinario ligado a la participación comunitaria facilita la definición, desarrollo y evaluación de competencias de atención integral de salud a nivel local, produciendo una renovación e integración de capacidades clínicas y de salud pública en los equipos de salud (68).

Elementos esenciales de los sistemas de salud basados en la APS

Las competencias del personal sanitario que integra los equipos de atención primaria de salud deben estar acordes a los elementos esenciales que definen los sistemas de salud basados en la APS y, por tanto, deben permitir dar respuesta a las situaciones planteadas en las siguientes áreas:

Acceso y cobertura universal

Desde la perspectiva de la APS el acceso universal es la eliminación de barreras geográficas, financieras, socioculturales, organizacionales, de género y estructurales para la participación dentro del sistema de salud y/o la utilización de los servicios de acuerdo con las necesidades de salud del individuo, la familia y la comunidad (69).

Atención integral e integrada

La atención integral e integrada significa que el rango de los servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo la provisión de servicios de promoción, prevención, diagnóstico precoz, curación, rehabilitación, atención paliativa y apoyo para el autocuidado. La integralidad es una función de todo el sistema de salud e incluye la prevención, la atención primaria, secundaria, terciaria y paliativa. Para que sea integrada, la APS requiere de la coordinación de todos los niveles de atención del sistema de salud (64). La coordinación es uno de los componentes de la atención de salud y su defecto traería como consecuencia la pérdida de la longitudinalidad, sería difícil conseguir la integralidad de los servicios y el primer contacto tendría un papel meramente administrativo. Por tanto, definimos la coordinación como una situación de armonía en una acción o esfuerzo común. La esencia de la coordinación es la disponibilidad de información acerca de problemas previos y de servicios utilizados, y el reconocimiento de dicha información para las necesidades de cuidados actuales (70).

Énfasis en la promoción y prevención

Es la atención en salud en el momento de intervención más temprano posible dentro del proceso salud-enfermedad y/o entre el riesgo, los problemas de salud y secuelas. Esta atención de salud se presta al individuo, la familia y la comunidad. En lo individual, comprende las acciones de educación y la promoción de la salud, fortaleciendo las capacidades de las personas en la prevención de la enfermedad y el autocuidado. A nivel comunitario, la APS coordina con otros sectores la realización de actividades de prevención (71).

Atención apropiada

La atención apropiada plantea la aplicación de medidas, tecnologías y recursos en cantidad y calidad suficientes para garantizar el cumplimiento de los objetivos propuestos en materia de salud. Los beneficios esperados, como resultado de una atención adecuada, deben superar las consecuencias negativas del proceso de la enfermedad (64).

Un aspecto importante a tener en cuenta a la hora de hablar acerca de atención apropiada, es la calidad. Ésta es el grado en que, teniendo en consideración los conocimientos actuales acerca de la distribución, la identificación, el diagnóstico y el manejo de los problemas y los aspectos relacionados con la salud, las necesidades de salud, tanto actuales como potenciales, quedan cubiertas de una manera adecuada por los servicios de salud (71). Los pilares fundamentales de la calidad son: efectividad, eficiencia, optimización (balance entre los costos y los efectos de la atención), aceptabilidad, legitimidad y equidad; con lo cual queda integrado la calidad técnica de los servicios brindados y la satisfacción del usuario.

Aunque la definición de calidad siempre ha sido compleja, podríamos definirla como la adecuación con la que se llevan a cabo las acciones de salud; la mayor calidad se obtiene cuando las acciones son más adecuadas, es decir, cuando se realizan lo mejor posible, en términos de mayor efecto, la menor molestia, al menor costo, que permiten la habilidad profesional, el nivel de conocimiento científico y del desarrollo tecnológico (64) (72).

Orientación familiar y comunitaria

Significa que un sistema de salud basado en la APS no descansa exclusivamente en la perspectiva individual, sino que emplea la perspectiva de la salud pública y hace uso de la información comunitaria para valorar riesgos, identificar problemas y priorizar las intervenciones. La familia y la comunidad son consideradas como el foco primario de la planificación y de la intervención (71).

Mecanismos activos de participación

La APS debe ser parte integral de las estrategias nacionales y locales de desarrollo socioeconómico, involucrando de forma compartida la participación social para garantizar transparencia y rendición de cuentas en todos los niveles. Esto incluye actividades conjuntas del EAP y la comunidad, que promuevan ambientes y estilos de vida saludables,

fomenten el autocuidado de la salud de los individuos, la estimulación de las habilidades de las comunidades para hacerse socios activos en la identificación, priorización, planificación y gestión de los problemas de salud de la comunidad, así como la evaluación de las acciones llevadas a cabo por el sector de la salud, incorporando también sectores públicos privados y de la sociedad civil (64) (73).

Marco legal e institucional

Es de gran importancia el dominio del marco legal e institucional, el cual está relacionado con el conocimiento de políticas, planes y programas del sector de la salud; así como las normas y regulaciones legales existentes, vinculados con el quehacer y el desempeño técnico-profesional de los miembros del equipo. Muchas veces las regulaciones de ámbito nacional limitan el desarrollo del trabajo en equipo.

Organización y gestión óptimas

Las estructuras y las funciones de un sistema de salud basado en la APS requieren de una organización y gestión óptimas, incluyendo un marco de referencia legal, política e institucional que identifique y dé poder a las acciones, los actores, los procedimientos y los sistemas legal y financiero que permitan al equipo desempeñar sus funciones específicas en la toma de decisiones. En términos de sus actividades operativas, los EAP requieren de buenas prácticas de gestión que permitan mejorar la organización y la provisión de atención, de forma tal que satisfaga los estándares de calidad, ofrezca lugares de trabajo atractivos a sus miembros y responda a las necesidades de salud de la comunidad (64).

Políticas y programas pro-equidad

Se debe estimular dentro de los miembros del EAP, el conocimiento de políticas y programas pro-equidad con el fin de contribuir a disminuir los efectos negativos de las desigualdades sociales en salud, corregir los principales factores que causan las inequidades y asegurarse de que todas las personas sean tratadas con dignidad y respeto en la provisión de los servicios de salud (64).

Primer contacto

Es inherente a la organización de los servicios sanitarios en niveles de atención. La idea es que exista un punto de entrada cada vez que el paciente tiene un problema de salud y que este punto de entrada debe ser útil y accesible.

La APS constituye la puerta de entrada al sistema de salud y de los servicios sociales, donde se da respuesta a las necesidades de salud. Un sistema basado en la APS viene a fortalecer el primer nivel de atención, a pesar de que su estructura y funcionamiento es más complejo (71).

Recursos humanos apropiados

En este aspecto se incluyen a quienes proveen los servicios (EAP): a los trabajadores comunitarios, a los gestores y al personal administrativo. Ellos deben tener una combinación correcta de habilidades y conocimientos en su desempeño. Lograr la disponibilidad de este tipo de recurso humano exige una planificación estratégica e inversión en capacitación, empleo e incentivos; así como la ampliación y fortalecimiento de los conocimientos y habilidades de los trabajadores de la salud ya existente (64).

Recursos adecuados y sostenibles

Los recursos han de ser los apropiados para las necesidades de salud, y determinados por un análisis de la situación de salud fundamentado en información del nivel comunitario e incluye recursos, así como el presupuesto necesario para prestar una atención integral de alta calidad. Los recursos deben ser suficientes para lograr el acceso y cobertura universal, teniendo en cuenta que la disponibilidad de éstos puede variar de acuerdo a los países (64).

Acciones intersectoriales

Las acciones intersectoriales se necesitan para abordar los determinantes de la salud de la población y para crear relaciones sinérgicas con los actores y sectores. Ello requiere de vínculos estrechos entre las

áreas públicas, privadas y no gubernamentales, tanto al interior como fuera de los servicios de salud, para que tengan un impacto sobre la salud y sus determinantes (71).

Beneficios de un sistema de salud basado en APS

Existe una evidencia considerable sobre los beneficios de la APS. Los estudios internacionales sugieren que, en igualdad de condiciones, los países con sistemas de salud con una sólida orientación a la APS suelen obtener resultados en salud mejores y más equitativos, son más eficientes, tienen costos de atención más bajos y logran mayor satisfacción del usuario que aquellos sistemas de salud con escasa orientación hacia la APS (74) (75).

Se considera que los sistemas de salud basados en la APS son capaces de mejorar la equidad porque su enfoque es menos costoso para los individuos y más rentable para la sociedad a la hora de compararlos con los sistemas orientados hacia la atención especializada (76). Se ha demostrado que un enfoque sólido hacia la APS puede garantizar mayor eficiencia de los servicios, gracias al ahorro de tiempo en la consulta, al uso reducido de pruebas de laboratorio y a los menores gastos de atención a la salud. Por consiguiente, la APS puede ayudar a liberar recursos para atender las necesidades de salud de los individuos que se encuentran en peor situación. Los sistemas de salud orientados hacia la equidad capitalizan esos ahorros al establecer objetivos para mejorar la cobertura de la población más pobre y al facultar a los grupos vulnerables para que desempeñen un rol más importante en el diseño y el funcionamiento del sistema de salud (77).

La atención primaria de salud en Ecuador

Desde 2007, el gobierno de Ecuador ha tratado de seguir los principios acordados por los Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la conferencia de Alma-Ata hace 44 años, a saber: proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo, con el enfoque de la atención primaria de salud (APS) como principio rector

en el diseño y desarrollo del sistema integral de salud de la nación. Este modelo busca reemplazar el enfoque médico-biológico-curativo por uno centrado en la promoción, cuidado y recuperación de la salud individual, familiar y comunitaria como un derecho humano fundamental.

Marco legal y normativo

Ecuador cuenta con un amplio marco legal y normativo relacionado a la garantía del derecho a la salud, la estructuración del Sistema Nacional de Salud y la protección de grupos poblacionales.

De igual manera el Ecuador ha suscrito acuerdos internacionales que se orientan a la garantía y cuidado integral de la salud de la población. La Constitución de la República (Derechos del buen vivir), el Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir 2009-2013, la Agenda Social de Desarrollo Social y los Objetivos del Milenio, están entre los principales instrumentos normativos que guían la construcción del Modelo de Atención Integral Familiar, Comunitario e Intercultural de Salud; herramienta de gestión que constituye el eje principal de la actuación del gobierno en materia de salud pública.

En este marco, la salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir (78). El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI)

Definición

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) es el conjunto de políticas, estrategias, lineamientos y herramientas que al complementarse, organiza el sistema nacional de salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad, permitiendo la integralidad en los tres niveles de atención en la red de salud (79).

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

El MAIS-FCI tiene un enfoque dirigido a la APS renovada como estrategia que orienta el desarrollo de los sistemas de salud, al desarrollo de la epidemiología comunitaria, la participación social, el enfoque intercultural como posicionamiento ético y político de reconocimiento y respeto a la diversidad cultural (80).

Propósito del MAIS-FCI

- El propósito del MAIS-FCI es orientar el accionar integrado de los actores del sistema nacional de salud hacia la garantía de los derechos en salud y el cumplimiento de las metas del Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir, al mejorar las condiciones de vida y salud de la población ecuatoriana a través de su implementación bajo los principios de la estrategia de la APS renovada, y transformar el enfoque biologicista hacia un enfoque integral en salud centrado en el cuidado y recuperación de la salud individual, familiar y comunitaria como un derecho humano.

Objetivo del MAIS-FCI

- El objetivo general del MAIS-FCI es integrar y consolidar la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R) en los tres niveles de atención, reorientando los servicios de salud hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, fortalecer el proceso de la recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos para brindar una atención integral, de calidad y de profundo respeto a las personas en su diversidad y su entorno, con énfasis en la participación organizada de los sujetos sociales.

Integralidad en la participación de la comunidad

- El Modelo de Atención Integral (MAIS-FCI) promueve la participación comunitaria como un medio y un fin para el mejoramiento de las condiciones de vida de la población, lo cual implica que deben superarse los esquemas de participación basados en la simple colaboración de la comunidad en las tareas institucionales. Este enfoque integrador apunta hacia la creación de espacios de gestión y autogestión, donde los conjuntos sociales y los trabajadores de la salud concierten sobre los procesos de identificación de problemas, el establecimiento de prioridades y la búsqueda de soluciones.

Para ello, se debe establecer de manera sistemática en todos los niveles del sistema la relación servicio de salud-población, mediante:

- La participación de las comunidades en la planificación, ejecución y evaluación de las acciones de salud.
- El apoyo a la conformación y/o fortalecimiento de grupos u organizaciones comunitarias vinculadas con el cuidado de la salud. En esta acción, el Ministerio de Salud Pública desempeña la función de «facilitador» asesorando y promoviendo la organización comunitaria.
- El desarrollo de un proceso educativo, tanto en el nivel comunitario como institucional, que les permita trabajar por la salud

desde sus propios conocimientos y experiencias. Para ello se debe capacitar en temas de participación y comunicación social, al mismo tiempo que en promoción, prevención y atención de los problemas de salud.

- El establecimiento de mecanismos de referencia y contra-referencia que incluya como puntos de partida y de llegada a la comunidad. Al respecto se debe trabajar conjuntamente con la comunidad en la conformación de redes que vigilen el flujo de la atención desde la comunidad, pasando por las unidades de salud, hasta su regreso a la localidad de origen.
- La creación y/o fortalecimiento de las redes de vigilancia epidemiológica comunitaria que constituyan elementos operativos indispensables para potenciar la atención que se brinde a la población.

A manera de síntesis: el fortalecimiento del modelo de atención integral de salud con enfoque familiar, comunitario e intercultural (MAIS-FC) incorporando la estrategia de atención primaria de salud renovada (APS-R), es uno de los ejes prioritarios del proceso de transformación del sector salud, su organización e implementación debe responder a las nuevas demandas y necesidades de salud del país que devienen de los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico, a la necesidad de superar las brechas en el acceso a servicios integrales de salud; consolidar la articulación de la red pública y complementaria de salud, así como el fortalecimiento de la capacidad resolutiva del primero, segundo y tercer nivel de atención.

La atención primaria de salud y la enfermera de práctica avanzada (EPA)

Por más de cuarenta y tres años la atención primaria de salud (APS) ha sido reconocida como la piedra angular de un sistema de salud eficaz y receptivo. La Declaración de Alma-Ata de 1978 reafirmó el derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, con la equidad, la solidaridad y el derecho a la salud como valores fundamenta-

les. Hizo hincapié en la necesidad de servicios de salud integrales, no solo curativo, sino también servicios que aborden las necesidades en cuanto a la promoción de la salud, la prevención, la rehabilitación y el tratamiento de enfermedades comunes. Un fuerte primer nivel de atención es la base del sistema de salud. Éste debe estar apoyado en el establecimiento de equipos interprofesionales de APS, donde el personal enfermero desempeñe un rol de alto valor agregado para satisfacer las necesidades cambiantes de salud de la población. De allí que el talento humano resulte esencial para el logro y consecución de los objetivos del desarrollo del milenio (ODS) (81).

Desde esta perspectiva, la enfermería puede desempeñar una función crucial en el avance de la APS. De este modo, los nuevos perfiles profesionales como el personal de enfermería de práctica avanzada (EPA), pueden ser fundamentales en este esfuerzo, y en particular en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención, especialmente en zonas rurales y subatendidas.

En el orden de estas ideas, el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) ha definido a la enfermera de práctica avanzada (EPA) como una enfermera que ha logrado una base de conocimiento experto, habilidades para la toma de decisiones clínicas complejas y competencias para ejercer un papel extendido; características que son delineadas de acuerdo al contexto del país en el que ha sido licenciada para ejercer profesionalmente, por lo cual se considera que su entrada debe ser un título universitario a nivel de maestría (82) (83).

En este contexto, la enfermería puede contribuir decididamente al desarrollo y buen funcionamiento de los sistemas de salud de la región de América Latina y el Caribe. Sin embargo, sus profesionales enfrentan hoy en día situaciones que limitan su capacidad y su pleno potencial, que a menudo no es reconocido ni aprovechado adecuadamente.

Ampliar el rol de la enfermería en la atención primaria de salud

La ampliación del rol de enfermeras y enfermeros mediante la formación y la regulación adecuadas puede ser una medida eficaz que apoye el logro del acceso y cobertura universal de salud, ya que estos profesionales poseen una formación en niveles avanzados, además de las habilidades y los conocimientos basados en la evidencia necesarios para promover la salud, la prevención y el control adecuado de las enfermedades transmisibles y no transmisibles. Su participación en equipos interprofesionales de salud y en los servicios de atención primaria de salud puede convertirse en realidad en todos los países de la región de las Américas y no solo en aquellos de mayores ingresos y desarrollo económico.

Para lograr el propósito de ampliar el rol de la enfermería en la atención primaria de salud, es necesario llevar a cabo un trabajo colectivo donde participen los diversos actores sociales involucrados en los procesos de formación profesional y de atención en salud, esto es, los gobiernos, universidades, autoridades de salud, jefes de hospitales y personal de enfermería, docentes y gremios de profesionales de la salud, y muy especialmente el gremio de enfermería.

Recursos humanos para la salud

El recurso y el talento humano para la salud es fundamental para lograr los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) (81). La formación de una fuerza de trabajo eficiente y eficaz que pueda responder a las prioridades del siglo XXI requiere de una asociación efectiva entre la oferta y las capacidades del talento humano para satisfacer, las necesidades de atención de salud tanto actuales como futuras (84).

El déficit global de recursos humanos para la salud se ha agravado debido a la transición epidemiológica que ha surgido en la región desde hace varias décadas, así como a la redistribución de la carga de la discapacidad y la mala distribución y migración de los profesionales de la salud (84).

La OMS ha estimado que para el año 2035, el déficit mundial de trabajadores de la salud será de 12,9 millones. Actualmente este déficit es de alrededor de 7,2 millones, de los cuales 4,3 millones corresponden a los médicos y a las enfermeras (85). Si bien la escasez es mundial, los países en vías de desarrollo son los más afectados (86).

En cuanto a la distribución del recurso humano en salud, la mayoría de los profesionales se concentran en las zonas urbanas y en los servicios de atención terciaria, en detrimento de la atención primaria en salud (86). En consecuencia, una parte importante de la población, principalmente la que reside en zonas remotas, carece de acceso a los servicios de salud o a los de un profesional calificado, debido a la dificultad para retener a estos profesionales en esas áreas.

En cuanto a los recursos humanos de enfermería se refiere, existe una distribución heterogénea tanto entre los países de la región como al interior de cada uno de ellos. La proporción de enfermeras (licenciadas y técnicas de enfermería) por 10.000 habitantes, va desde 111,4 en Estados Unidos de América hasta 3,5 en Haití. La mediana es de 10,4 enfermeras por 10.000 habitantes (87).

En la mitad de los países el índice de enfermeras por 10.000 habitantes es menor o igual a 10,4. No obstante, existe una variación amplia y cabe considerar que Estados Unidos de América (111,4), Canadá (106,2) y Cuba (81,3) tienen la mayor proporción de enfermeras por 10.000 habitantes (87) (88).

La razón de enfermeras por médicos en el mundo también es desigual; mientras que en la región de África es de 8 enfermeras por un médico, en la región del Pacífico Occidental es de 1,5 por un médico (87). En Canadá, Estados Unidos de América y algunas islas del Caribe, existen 4 enfermeras por médico. En Guyana, México y Suriname, esa relación es de 1,1 a 1,8 enfermeras por médico, mientras que en Colombia, Chile, El Salvador, Guatemala, Honduras, Perú, República Dominicana

y Venezuela, la razón puede ser de una a menos de una enfermera por cada médico (87) (88), es decir, en esos países hay más médicos que enfermeras.

La OMS ha definido los pasos necesarios para enfrentar los desafíos de la enfermería: a) desarrollar e implementar estrategias efectivas para reclutar y retener enfermeras y parteras para lograr una masa profesional crítica, mejorando los déficits de recursos humanos de salud; b) estandarizar los requisitos de ingreso para la educación y las calificaciones de pre y posgrado para garantizar la movilidad profesional; c) construir una masa crítica de educadores competentes para capacitar a los investigadores y líderes del futuro; d) promover una mayor integración interprofesional en los equipos de prestación de asistencia sanitaria en todos los niveles del continuo de cuidado; e) desarrollar roles de práctica nuevos y avanzados con trayectorias profesionales establecidas desde el inicio de la carrera profesional (89).

Rol de la enfermera de práctica avanzada en la atención primaria de salud

En este contexto, es imprescindible presentar el rol de la enfermera de práctica avanzada (EPA) en la atención primaria de salud como respuesta, por un lado, a las crecientes necesidades de salud de la población y, por el otro, al déficit en el acceso de la población a los recursos humanos para la salud capacitado y bien distribuido. La ampliación del rol de la enfermera de práctica avanzada en el primer nivel de atención a la salud no pretende, de ninguna manera, sustituir cualquier otro rol profesional de salud sino, por el contrario, complementarlo, además de contribuir a que la población cuente con el acceso y la cobertura de los servicios profesionales más calificados de la enfermería.

En este sentido, la OPS/OMS considera a la EPA como una profesional con formación de posgrado que, integrada al equipo interprofesional de los servicios de primer nivel de atención de salud, contribuye a la gestión de los cuidados de pacientes/usuarios con enfermedades

agudas leves y trastornos crónicos diagnosticados, bajo las directrices de protocolos o guías clínicas. El ejercicio profesional ampliado se diferencia del que desempeña la enfermera del primer nivel de atención por el grado de autonomía en la toma de decisiones, incluyendo el diagnóstico y tratamiento de los trastornos del paciente.

El CIE identifica las características de la EPA y provee las siguientes recomendaciones (90) con respecto a la preparación:

- Se aconseja la formación en enfermería general en programas educativos con reconocimiento formal (acreditación o aprobación) con sistema formal de licenciamiento, registro, certificación y diplomas. En cuanto a la naturaleza de la práctica, se espera que la enfermera posea la habilidad para integrar la investigación (evidencia basada en la práctica), la educación y la administración clínica; alto grado de autonomía profesional y de independencia en la práctica; administración de gran cantidad de casos en un nivel avanzado; reconocimiento avanzado de competencias clínicas; la habilidad para proveer servicios de consulta con otros profesionales en salud; habilidad en la planeación, implementación y evaluación de programas; reconocimiento de primer punto de contacto para usuarios/clientes; autoridad para prescribir medicamentos y tratamientos; autoridad para derivar clientes a otros profesionales y para admitir pacientes en los hospitales; reconocimiento oficial de títulos para enfermeras que trabajan en roles de práctica avanzada y legislación política o formas de mecanismos regulatorios específicos.

Es importante destacar que el nivel de formación de la EPA correspondería a un grado académico de maestría o doctorado, toda vez que la adquisición del conocimiento científico se logra a través de la educación formal, en estos niveles. Por esta razón, los docentes desde las universidades, podrán liderar, administrar y certificar el proceso de expansión del rol de las enfermeras en América Latina y el Caribe (83).

1RA EDICIÓN

CUIDADOS HUMANOS

COMO EJE DE LA ENFERMERÍA COMUNITARIA

CAPÍTULO VI

LA ENFERMERÍA Y EL CUIDADO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

MAWIL
Publicaciones Impresas y Digitales

Enfermedades crónicas no transmisible (ECNT)

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), también conocidas como enfermedades crónicas, no se transmiten de persona a persona, son de larga duración y por lo general evolucionan lentamente. Ahora bien, existen varias definiciones de ECNT. Se las ha denominado ECNT por prolongarse a través del tiempo, no tener cura, no conocerse un agente causante que las transmita de un individuo afectado a otro, o por ser enfermedades que no se resuelven espontáneamente, que implican cambios mayores en amplios espectros de la vida de una persona, alterando las rutinas y actividades cotidianas (91).

La Organización Mundial de la Salud considera las enfermedades crónicas como aquellas enfermedades que presentan una larga duración (más de 6 meses) y una progresión lenta, no se transmiten de persona a persona y son consideradas, por lo tanto, como no transmisibles (92). Las características en este tipo de enfermedades suelen comenzar con un estado asintomático que progresa hasta una enfermedad con manifestaciones clínicas evidentes. La persona puede desarrollar complicaciones, deterioro de la funcionalidad y la consecuente aparición de discapacidad (figura 5).

Por otro lado, en epidemiología, los factores de riesgo son aquellas características y atributos que se presentan asociados diversamente con la enfermedad o el evento estudiado. Los factores de riesgo no son necesariamente las causas, solo sucede que están asociadas con el evento. Como constituyen una probabilidad medible, tienen valor predictivo y pueden usarse con ventajas tanto en prevención individual como en la comunidad.

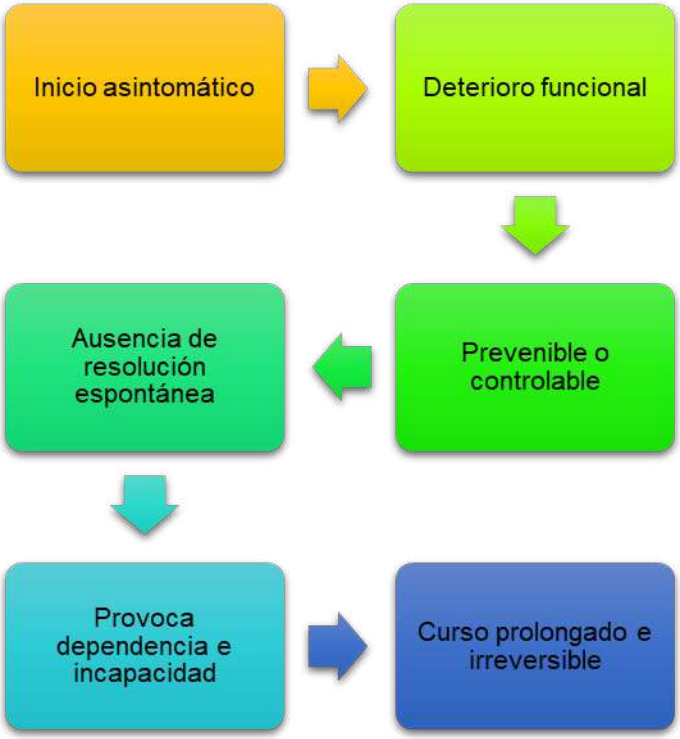


Figura 5. Características de las enfermedades crónicas no transmisibles.

En este sentido, se puede decir que los factores de riesgo que ocasionan la mayor parte de las muertes y discapacidad evitables son: alimentación poco saludable, consumo de tabaco, consumo nocivo de alcohol e inactividad física. Estos riesgos son generados por los seres humanos y pueden ser revertidos por los mismos seres humanos.

Así mismo, la transición epidemiológica y demográfica de las últimas décadas ha generado un incremento de las ECNT, principalmente la enfermedad vascular, la diabetes, el cáncer y la enfermedad respiratoria crónica. Entre los factores que explican esta transición se encuentran la mayor expectativa de vida y el incremento de varios factores de riesgo para estas enfermedades, principalmente el sedentarismo, la alimentación inadecuada y la obesidad. Estos factores han aumentado debido a los profundos cambios en los ambientes físicos y sociales que han modificado la forma de trabajar, recreación y movilización,

generando modos de vida que incrementan las probabilidades de presentar enfermedades crónicas.

El rápido aumento de las ECNT está causado por una combinación de factores, entre ellos, el envejecimiento poblacional, la pobreza persistente y los cambios generalizados en el comportamiento humano, que a su vez se relacionan con la disponibilidad cada vez mayor de los productos poco saludables y su promoción intensiva, la globalización comercial y de los mercados de consumo, el costo relativamente elevado de los alimentos saludables o el difícil acceso a ellos, la marginalización de la alimentación tradicional, la urbanización acelerada, la automatización de muchas actividades y la falta de conciencia de los efectos perjudiciales de dichos factores de riesgo (93).

Igualmente, estas enfermedades han generado un dramático giro en la medicina, ya que las causas no son solo genéticas o microbianas, jugando en su etiología un importante papel los factores psicosociales. En estas enfermedades se valoran más que en otras enfermedades, las condiciones y estilos de vida, la participación social, el estrés y las emociones negativas, el acceso a recursos socioculturales. Estas enfermedades demandan entonces nuevos abordajes y medidas para su control, en el paciente, en la familia, en la comunidad y en los sistemas de salud.

Las ECNT tienen además de repercusiones físicas, efectos en aspectos psicológicos, familiares, económicos y sociales; incidiendo incluso, sobre la percepción de la salud y de la enfermedad y, por ende, pasan a establecer un papel determinante en la calidad de vida relacionada con la salud, llegando a guiar las decisiones de cada persona sobre su salud. Esto se convierte en una oportunidad para identificar, fortalecer o corregir creencias que pueda tener una persona acerca de su enfermedad, de igual forma orientar estrategias de prevención y planes de intervención.

Hipertensión arterial

La hipertensión arterial (HTA) es un síndrome caracterizado por elevación de la presión arterial (PA) y sus consecuencias. La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias, que son grandes vasos por los que circula la sangre en el organismo. Se considera que la persona presenta hipertensión cuando su tensión arterial es demasiado elevada (94).

De la tensión arterial se dan dos valores:

- el primero, es la tensión sistólica, corresponde al momento en que el corazón se contrae o late;
- el segundo, es la tensión diastólica, representa la presión ejercida sobre los vasos cuando el corazón se relaja entre un latido y otro.

Para establecer el diagnóstico de hipertensión se han de tomar mediciones dos días distintos y en ambas lecturas la tensión sistólica ha de ser superior o igual a 140 mmHg y la diastólica superior o igual a 90 mmHg.

***Síntomas frecuentes de la hipertensión*:** Pueden presentarse síntomas como cefaleas matutinas, hemorragias nasales, ritmo cardiaco irregular, alteraciones visuales y acúfenos. La hipertensión grave puede provocar cansancio, náuseas, vómitos, confusión, ansiedad, dolor torácico y temblores musculares.

***Complicaciones de la hipertensión no controlada*:** Entre otras complicaciones, la hipertensión puede producir daños cardiacos graves. El exceso de presión puede endurecer las arterias, con lo que se reducirá el flujo de sangre y oxígeno que llega al corazón. El aumento de la presión y la reducción del flujo sanguíneo pueden causar:

- Dolor torácico (angina de pecho).
- Infarto de miocardio, que se produce cuando se obstruye el flujo de sangre que llega al corazón y las células del músculo car-

diaco mueren debido a la falta de oxígeno. Cuanto mayor sea la duración de la obstrucción, más importantes serán los daños que sufra el corazón.

- Insuficiencia cardiaca, que se produce cuando el corazón no puede bombear suficiente sangre y oxígeno a otros órganos vitales.
- Ritmo cardiaco irregular, que puede conllevar la muerte súbita.
- La hipertensión puede también causar la obstrucción o la rotura de las arterias que llevan la sangre y el oxígeno al cerebro, lo que provocaría un accidente cerebrovascular.
- Asimismo, puede causar daños renales que generen una insuficiencia renal.

Diabetes mellitus (DM)

La diabetes mellitus (DM) integra un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia secundaria a un defecto absoluto o relativo en la secreción de insulina, que se acompaña, en mayor o menor medida, de alteraciones en el metabolismo de los lípidos y de las proteínas, lo que conlleva la afectación microvascular y macrovascular con repercusión en diferentes órganos. Es una enfermedad que se produce cuando el páncreas no puede fabricar insulina suficiente o cuando ésta no logra actuar en el organismo porque las células no responden a su estímulo.

La diabetes es una enfermedad metabólica crónica caracterizada por niveles elevados de glucosa en sangre (o azúcar en sangre), que con el tiempo conduce a daños graves en el corazón, los vasos sanguíneos, los ojos, los riñones y los nervios. La más común es la diabetes tipo 2, generalmente en adultos, que ocurre cuando el cuerpo se vuelve resistente a la insulina o no produce suficiente insulina. En las últimas tres décadas, la prevalencia de la diabetes tipo 2 ha aumentado drásticamente en países de todos los niveles de ingresos. La diabetes tipo 1, una vez conocida como diabetes juvenil o diabetes insulinodependiente, es una afección crónica en la que el páncreas produce poca o ninguna insulina por sí mismo.

En el contexto mundial, la DM es un problema de salud pública, por ser una de las enfermedades crónicas más prevalentes asociada a una elevada morbilidad y mortalidad. Aproximadamente 62 millones de personas en las Américas (422 millones de personas en todo el mundo) tienen diabetes, la mayoría vive en países de ingresos bajos y medianos, y 244.084 muertes (1,5 millones en todo el mundo) se atribuyen directamente a la diabetes cada año. Tanto el número de casos como la prevalencia de diabetes han aumentado constantemente durante las últimas décadas (95).

***Grupos de la población con mayor riesgo de padecer la diabetes*:** Es recomendable realizar un estudio para la detección de diabetes a todos los adultos con sobrepeso (índice de masa corporal mayor de 25 k/m2) y con alguno de estos factores de riesgo adicional:

- Sedentarismo.
- Familiares de primer grado con diabetes.
- Mujeres con diagnóstico previo de diabetes gestacional o que tuvieron un niño que nació con peso elevado (más de 4 kg).
- Hipertensos, es decir, con presión arterial por encima de 140/90 mmHg o tratados con fármacos antihipertensivos.
- Alteraciones en el colesterol: HDL menor de 35 mg/dl y/o triglicéridos por encima de 250 mg/dl.
- Mujeres diagnosticadas de ovario poliquístico.
- Alteraciones de la glucosa en ayunas o intolerancia a la glucosa en una determinación anterior.
- Otras condiciones clínicas asociadas con resistencia a la insulina.
- Antecedentes de enfermedad cardiovascular.

Cardiopatía isquémica

La cardiopatía isquémica es la enfermedad ocasionada por la arteriosclerosis de las arterias coronarias, es decir, las encargadas de proporcionar sangre al músculo cardiaco (miocardio). La arteriosclerosis coronaria es un proceso lento de formación de colágeno y acumulación de

lípidos (grasas) y células inflamatorias (linfocitos). Estos tres procesos provocan el estrechamiento (estenosis) de las arterias coronarias (96). En general, la enfermedad isquémica del corazón se refiere a las condiciones que implican el estrechamiento o bloqueo de los vasos sanguíneos, causada por daño al corazón o a los vasos sanguíneos por aterosclerosis. Una acumulación de placa grasosa que se espesa y endurece en las paredes arteriales, que puede inhibir el flujo de sangre por las arterias a órganos y tejidos y puede conducir a un ataque al corazón, dolor de pecho (angina) o derrame cerebral. Otras condiciones del corazón, como las que afectan a los músculos, las válvulas o ritmo, también se consideran formas de enfermedades del corazón (97).

***Factores de riego*:** La cardiopatía isquémica es una enfermedad que se puede prevenir de forma significativa si se conocen y controlan sus factores de riesgo cardiovascular. Algunos de los factores de riesgo para desarrollar enfermedades del corazón pueden incluir:

- Edad avanzada: Se da más en los hombres, aunque la frecuencia en las mujeres se iguala a partir de la menopausia.
- Antecedentes de cardiopatía isquémica prematura en la familia.
- Aumento de las cifras de colesterol total, sobre todo del LDL (malo).
- Disminución de los valores de colesterol HDL (bueno).
- Tabaquismo.
- Hipertensión arterial.
- Diabetes mellitus.
- Obesidad.
- Sedentarismo.
- Haber presentado previamente la enfermedad (los pacientes que ya han presentado angina o infarto tienen más riesgo que los que no los han presentado).

Los pacientes con múltiples factores de riesgo tienen mayor probabilidad de padecer enfermedad obstructiva de las arterias coronarias y, por tanto, más posibilidades de angina o infarto. Además, en el llama-

do síndrome metabólico, es decir, asociación de obesidad, diabetes, aumento del colesterol e hipertensión, los pacientes presentan más riesgo.

Asma bronquial

El asma bronquial es una enfermedad caracterizada por la inflamación difusa de las vías aéreas causada por una variedad de estímulos desencadenantes que da lugar a una broncoconstricción parcial o completamente reversible. Los signos y síntomas son disnea, opresión torácica, tos y sibilancias. Se define como una afección crónica (a largo plazo) que afecta las vías respiratorias en los pulmones. Las vías respiratorias son conductos que transportan el aire para permitir su ingreso y egreso de los pulmones. Si tiene asma, en ocasiones las vías respiratorias pueden inflamarse y estrecharse. Esto dificulta el flujo de egreso del aire por las vías respiratorias cuando exhala (98).

El asma bronquial es una condición heterogénea tanto en niños como en adultos y sus manifestaciones son el resultado de una compleja interacción entre factores intrínsecos del enfermo (base genética) y su relación con el ambiente que lo rodea. Es así como las características observables del asma o manifestaciones clínicas (fenotipo) y su correlación con los mecanismos que las sustentan (endotipo), expresan una multitud de interacciones huésped-ambiente que ocurren en diferentes escalas (genes, células y tejidos).

***Factores de riesgo*:** Para que las enfermedades ocurran, se necesita que coincidan diferentes elementos. El asma como enfermedad multifactorial, obedece a la incidencia de diferentes factores del macro y del microambiente del paciente.

- Genéticos: El asma tiene un importante componente genético, pero sin un patrón hereditario bien definido. La heredabilidad del asma varía del 36 al 79% (99).
- Infecciosos: Las infecciones por bacterias, virus, hongos o parásitos y el estrés ambiental pueden activar diferentes recepto-

res celulares y vías de señalización que inducen cambios en la superficie celular, modificando su respuesta para estímulos o infecciones posteriores por bacterias, virus, hongos o parásitos.
- Ambientales: Los factores ambientales, por un lado, permiten la expresión de los genes de susceptibilidad en el asma, y por otro, favorecen la exacerbación o presentación de los síntomas.

Los desencadenantes del asma son elementos que inician o empeoran los síntomas del asma. Los desencadenantes habituales del asma incluyen:

- Alergenos de interiores, como los ácaros del polvo, el moho y la caspa o los pelos de animales
- Alergenos de exteriores, como pólenes y moho.
- Estrés emocional, como enojo, llanto o risa intensos.
- Actividad física, si bien con tratamiento, usted o su hijo deberían poder mantener una vida activa
- Infecciones como resfríos, influenza (gripe) o COVID-19.
- Determinados medicamentos, como la aspirina, que puede causar problemas respiratorios serios en personas con asma grave.
- Aire de escasa calidad o muy frío.

Insuficiencia renal

Las enfermedades renales, y en particular la insuficiencia renal, constituyen un problema de salud clínicamente significativo que conlleva importantes implicaciones sociales, sanitarias y económicas, por lo que ha llegado a convertirse en uno de los principales problemas de salud pública en las últimas décadas.

La insuficiencia renal puede obedecer a situaciones que condicionan (100):

- Reducción de la perfusión renal.
- Afectación de los componentes tisulares renales.
- Dificultad para la eliminación de la orina.

Ahora bien, la insuficiencia renal aguda (IRA) se define por el deterioro brusco de la función renal que provoca el aumento de las cifras de urea y de los productos nitrogenados en sangre además de la desregulación del medio interno y del equilibrio electrolítico y de la volemia. No se ha definido con precisión el tiempo de instauración puesto que depende de la etiología y de las características del paciente, pero se ha estimado en días o semanas y nunca mayor de un mes (101).

El término IRA se ha visto sustituido por el acrónimo AKI (Acute Kidney Injurie/Lesión renal aguda) en los últimos años. La determinación de creatinina y urea plasmática aporta una estimación sobre el daño renal, aunque el término AKI refleja el reconocimiento de que pequeños cambios en la función renal que no provocan una insuficiencia renal orgánica excesiva son de relevancia clínica y se asocia a una mayor morbilidad y mortalidad (102).

Mientras que la enfermedad renal crónica (ERC), también llamada insuficiencia renal crónica, consiste en la pérdida progresiva e irreversible de nefronas funcionantes que conlleva alteraciones en la estructura y en la función de los riñones. La variabilidad clínica de la ERC se debe a su etiopatogenia, a la estructura del riñón afectada (glomérulos, vasos, túbulos o intersticio), a su severidad y al grado de progresión de la enfermedad (103). Se define ERC como la presencia, durante al menos tres meses de una de las siguientes situaciones (104):

- Filtrado glomerular renal (FGR) menor a 60 ml/min/1,73m^2.
- Lesión renal definida por la presencia de anomalías estructurales o funcionales de los riñones que puedan provocar un descenso del FGR. Se manifiesta directamente a partir de alteraciones histológicas (biopsia renal) o indirectamente por la presencia de marcadores como: albuminuria, alteraciones en el sedimento urinario, alteraciones hidroelectrolíticas, alteraciones que sugieran patología tubular o alteraciones diagnosticadas a través de estudios de imagen.
- Los trasplantados renales se incluyen en esta definición independientemente del grado de daño renal que presenten.

Atención de enfermería a las enfermedades crónicas no transmisibles

A nivel mundial, las enfermedades crónicas no trasmisibles constituyen una problemática en el campo de la salud de interés para todas las entidades encargadas del bienestar físico y psicológico de la población, pues, este tipo de enfermedades es un acontecimiento único para el individuo, la familia y para el sistema de salud, porque ocasionan alteraciones de tipo físico, psicológico, social y espiritual en la salud y en la calidad de vida de los individuos que la sobrellevan durante gran parte de sus vidas.

En el paciente se generan alteraciones que van desde lo físico hasta lo emocional, con sentimientos de miedo, temor, incertidumbre, impotencia y desesperanza, modificaciones en la propia escala de valores, alteraciones en la imagen y pérdida de la independencia. Socialmente, se pueden presentar alteraciones en los roles y cambios en el empleo, que pueden, a la vez, generar aislamiento social y alteraciones socioeconómicas (105).

En la familia se generan pérdida del equilibrio, modificaciones en los roles de desempeño de sus miembros y, en algunos casos, problemas de comunicación y económicos, porque el familiar que tiene la patología era el proveedor principal o porque los gastos que genera el cuidado y el tratamiento de la enfermedad resultan demasiado altos (105). Lo anterior, debido a que la familia es una de las principales fuentes de apoyo con las que puede disponer un individuo en períodos de dependencia y de independencia, a lo largo del ciclo vital; especialmente en los países latinoamericanos y en algunas zonas de los contenientes europeo y asiático.

Para el sistema de salud constituye un gran desafío, ya que debe satisfacer las necesidades de los afectados otorgándoles una atención eficiente y coordinada, para mejorar el control de su enfermedad, disminuir las descompensaciones y mejorar su calidad de vida. En esta labor la atención de enfermería tiene un papel fundamental que cumplir.

Ahora bien, en el abordaje de enfermedades crónicas no trasmisibles, los sistemas sanitarios se organizan en tres ejes prioritarios:

- Acciones de promoción de salud: disminución de tabaquismo, aumento de espacios para actividades físicas, promoción de alimentación saludable, disminución de consumo de alcohol, etc.
- Acciones de vigilancia evaluación y monitoreo: que permitan el planteamiento de metas a mediano y largo plazo.
- Provisión de cuidado integral a las personas con enfermedades crónicas: implementación de líneas de cuidado de los pacientes con enfermedades crónicas en todos los niveles de atención con énfasis en el primer nivel

El primer nivel de atención o en atención primaria (AP) debería ser aquel al que los ciudadanos tienen fácil acceso, evitando barreras ante sus necesidades de salud, en el que pueden ser atendidos por un equipo multidisciplinario. En este nivel se deben brindar cuidados integrales respondiendo a las necesidades de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados al final de la vida (106).

Los sistemas sanitarios basados en atención primaria cumplen con cuatro atributos en la provisión de servicios:

- Primer contacto y acceso
- Integralidad
- Longitudinalidad
- Coordinación

El cumplimiento de estos atributos es clave para dar respuesta pertinente a las necesidades de la población, incluyendo el manejo de enfermedades crónicas (106).

En este contexto, la enfermera de AP como gestora de casos, es una pieza clave en la atención a la cronicidad, ya que se encarga de coordinar todo tipo de situaciones en las que el paciente va a necesitar ayuda; su papel es clave a la hora de llevar a cabo una atención rápida, orga-

nizada y establecida con estos pacientes para que su autonomía y la de sus cuidadoras sea lo mejor posible. La enfermera debe ser la coordinadora de todo el proceso de atención al paciente crónico; es la persona que mejor puede atender las necesidades tanto en el centro como en el domicilio y lidera los cuidados de los enfermos. Es un profesional cercano y capacitado para atender a los pacientes crónicos identificados, controlados y evaluados y para convertirse en el gestor(a) de su proceso, aportando una atención personalizada según su patología.

El reto de la cronicidad invita a actuar de forma proactiva sobre los determinantes de la salud que inciden en su aparición, de ahí la importancia de anticiparse creando un marco de actuación que aminore su aparición y progresión a través de las actuaciones de promoción y prevención, actividades realizadas fundamentalmente en los centros de salud por los profesionales de enfermería.

Modelos de cuidado de enfermedades crónicas

Los modelos de gestión diseñados para mejorar la salud de los pacientes con enfermedades crónicas no llevan más de dos décadas en uso. Existen diversos modelos para organizar los sistemas sanitarios de una forma más integrada y proactiva, siendo el modelo de cuidado crónico (CCM) y el modelo de Kaiser permanente (estratificación del riesgo) los más influyentes.

Modelo de Cuidado Crónico (CCM)

El modelo de cuidado crónico (CCM) desarrollado por Ed Wagner, es uno de los modelos que tiene mayor aceptación y difusión y es una opción adecuada para la mejora de la gestión de enfermedades crónicas en sistemas integrados de salud. Tomando como referencia este modelo, la atención a los pacientes crónicos debe discurrir en tres planos que se superponen: las políticas y los recursos establecidos por la comunidad, la organización de la asistencia sanitaria determinada por los sistemas sanitarios y la interacción de los pacientes que se produce en la práctica clínica (figura 6).

El CCM identifica seis elementos clave que interactúan entre sí y que son esenciales para el logro de una atención óptima a pacientes con patologías crónicas. Estos elementos son:

1. La organización del sistema de atención sanitaria.
2. El estrechamiento de relaciones con la comunidad.
3. El apoyo y soporte al autocuidado.
4. El diseño del sistema asistencial.
5. El apoyo a la toma de decisiones.
6. El desarrollo de sistemas de información clínica.

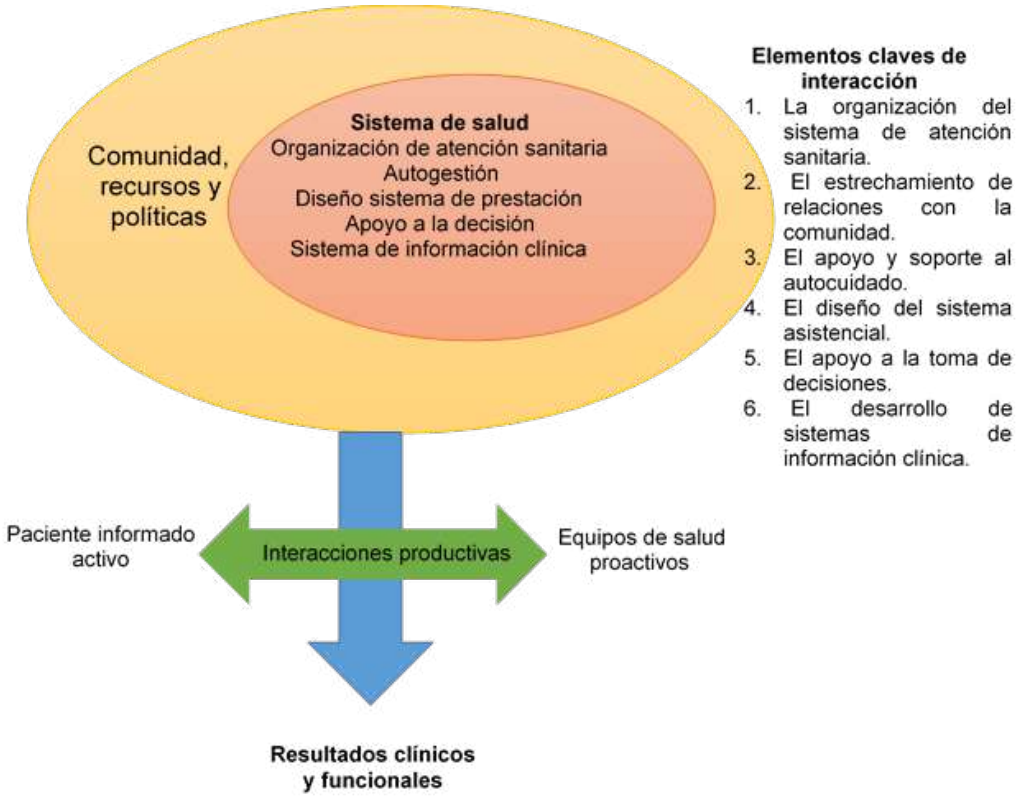


Figura 6. Modelo de cuidados crónicos.

La finalidad de este modelo es que se produzca una coordinación entre la parte clínica, los pacientes activos e informados y un equipo de profesionales proactivos con capacidades y habilidades necesarias para realizar una prestación de una atención de alta calidad, más eficiente, con elevado índice de satisfacción y con mejores resultados en salud (107). De esta forma, la atención a la cronicidad debe producirse en

un contexto en el que los pacientes suficientemente informados tengan un papel activo y sean los auténticos protagonistas de su enfermedad dentro de un modelo asistencial orientado a ellos de forma proactiva.

.

La aportación específica del profesional de enfermería es un elemento clave:

- Apoyo y soporte al autocuidado: la enfermera comunitaria desempeña un rol educador y entrenador del autocuidado del paciente y la familia.
- Continuidad asistencial: elementos claves para evitar la fragmentación del cuidado, en la que debe destacar el fortalecimiento de la atención domiciliaria cuyo liderazgo es desarrollado por la enfermera comunitaria, las estrategias para la continuidad de cuidados entre niveles asistenciales
- Relación con la comunidad: donde la enfermera comunitaria lidera y coordina proyectos participativos orientados hacia la promoción de la salud junto con los diferentes protagonistas de la comunidad.

Modelo de Kaiser permanente

Otros modelos para el manejo de los pacientes con enfermedad crónica son los modelos poblacionales, cuyo foco es la población en su conjunto y sus necesidades, desarrolla intervenciones diferenciadas para cada grupo poblacional. El modelo de Kaiser permanente (figura 7), identifica cuatro niveles de intervención según el nivel de complejidad del paciente. En interpretaciones posteriores al modelo de Kaiser se ha incluido un cuarto nivel de intervención, el de promoción y prevención, dirigido a toda la población y que se corresponde con la base de la pirámide.

Se produce una segmentación o estratificación de la población según su grado de complejidad y donde destaca el abordaje que realiza la enfermera familiar y comunitaria en cada escalón de complejidad (107):

- La población general se encuentra en la base de la pirámide,

es objeto de intervenciones de prevención y promoción que tratan de controlar los factores de riesgo asociados a los estilos de vida y que pueden condicionar la aparición o agravamiento de la enfermedad crónica. La enfermera realiza, por tanto, intervenciones de educación para la salud, individual y grupal, y promueve una vida saludable a lo largo de todo el ciclo vital.

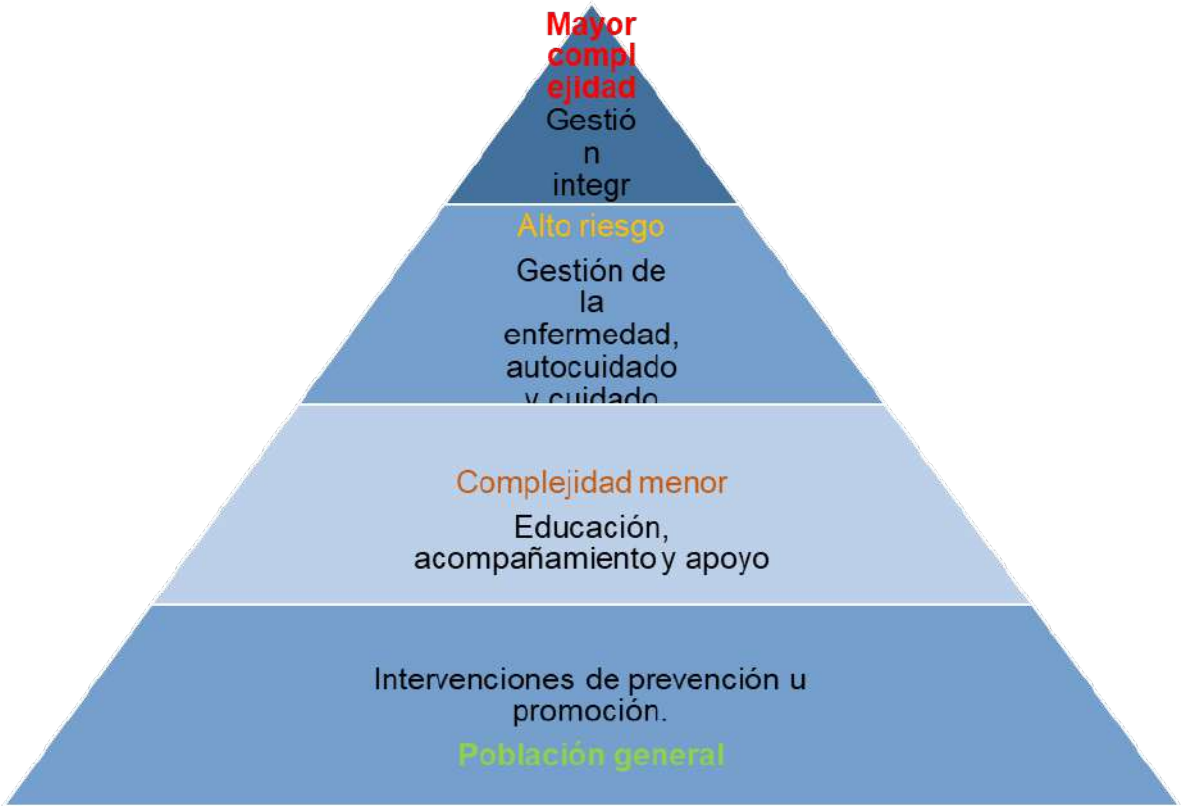


Figura 7. Pirámide de Kaiser.

- Los pacientes con enfermedad crónica de complejidad menor, es decir, una única enfermedad crónica o estadios incipientes de la enfermedad, requieren de intervenciones de educación, acompañamiento y apoyo en el autocuidado. Estas intervenciones las realiza la enfermera de familia con el fin de generar niveles adecuados de autocuidado y compromiso con el cuidado de la salud que contribuyan a enlentecer la progresión de la enfermedad. Además, también se incluyen las estrategias de

educación hacia el autocuidado lideradas por iguales (escuelas de pacientes, que contribuyen también al fomento del mismo en este estadio.

- Los pacientes de alto riesgo, pero de complejidad media, requieren una gestión de la enfermedad que combina autocuidado y cuidados profesionales. En estos pacientes es clave la capacitación para el autocuidado y el grado de compromiso en el cuidado de su salud que permita al paciente avanzar en la autonomía y la toma de decisiones sobre su salud.
- Los pacientes de mayor complejidad son aquellos con varias enfermedades crónicas y gran nivel de dependencia, y requieren una gestión integral del caso, a través de cuidados profesionales avanzados. Dar respuesta a las necesidades complejas de cuidados implica orientar los esfuerzos hacia la continuidad asistencial, el trabajo multidisciplinar y la gestión de recursos y cuidados en estrecha relación con el paciente y sus cuidadores.

Enfermería y autocuidado

La atención a la cronicidad se debe producir en un contexto en el que los pacientes suficientemente informados y formados tengan un papel activo y sean protagonistas de su salud. En este contexto, la enfermería debe facilitar la promoción del autocuidado, entendiendo por autocuidado las acciones que asumen las personas en beneficio de su propia salud, sin supervisión médica formal, son las prácticas de personas y familias a través de las cuales se promueven conductas positivas de salud para prevenir enfermedades (108). En tal sentido, la promoción del autocuidado es una estrategia necesaria para la búsqueda del bienestar integral en la vida cotidiana y para lograr el desarrollo humano. Hace referencia a todas aquellas iniciativas que promueven la adaptación de las personas a su entorno y circunstancias, con el fin de conseguir la mejor calidad de vida posible, favoreciendo la integración en su ámbito habitual (familiar, educativo, laboral, social, etc.) (107).

De esta forma, la enfermera se convierte en el(la) profesional de referencia para que los pacientes asuman un papel más activo en el cuidado de su salud y de su enfermedad. Acompaña a las personas y/o cuidadores en todo el proceso, siendo supervisor(a) en el entrenamiento del autocuidado y de la autogestión de la enfermedad, trabajando líneas de empoderamiento y de liderazgo de los pacientes y de su entorno. Para determinar la forma de actuación es necesaria una valoración individual, sistemática, integral y multidimensional de la persona, familia y su entorno (próximo y social), con un enfoque holístico para que la enfermera junto con el paciente pueda (107):

- Evaluar el impacto de la situación de salud sobre su estilo de vida.
- Identificar los beneficios del autocuidado para que el paciente tome conciencia de su estado de salud.
- Identificar las estrategias actuales utilizadas por el paciente para afrontar su situación
- Analizar las capacidades (conocimientos, habilidades y actitudes) que permiten a las personas realizar sus acciones de autocuidado, así como las limitaciones que lo dificultan.
- Identificar el nivel de desarrollo de los cuidados alcanzado por el paciente y familia, así como los sistemas de soporte disponibles para el paciente.
- Identificar las necesidades, expectativas e intereses de aprendizaje

Medidas de promoción, prevención, curación y rehabilitación

Los cuidados preventivos son una oportunidad de intervenir tempranamente en el curso de las enfermedades crónicas o cuando éstas aún no se han presentado. Los beneficios de las prácticas preventivas. Tanto en las intervenciones grupales como en las individuales el paradigma de la intervención es el de la promoción de la salud, definida por la OMS (17) como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Este concepto se pone en

práctica usando enfoques participativos, los individuos, las organizaciones, las comunidades y las instituciones que colaboran para crear condiciones que garanticen la salud y el bienestar para todos.

La promoción de la salud fomenta cambios en el entorno que ayudan a promover y a proteger la salud e implica una manera particular de colaborar: se basa en la población, es participativa, intersectorial, sensible al contexto y opera en múltiples niveles (107).

La prevención de la enfermedad y promoción de la salud son parte integrante de las estrategias de la atención primaria, que se hacen efectivas en la atención integral de las personas, ésta considera al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial e interrelaciona la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social, con las diferentes estructuras y niveles del sistema nacional de salud.

La prevención de la enfermedad, al igual que la promoción de la salud, son estrategias de la atención primaria; su aplicación permite, según su nivel de intervención, mejorar el estado de salud de la población a corto, mediano o largo plazo (tabla 4).

Proceso de cuidado integral a las personas con patologías crónicas

Los procesos de cuidado integral a los pacientes con patologías crónicas se definen como un conjunto de actividades encaminadas a garantizar a estos pacientes con necesidades complejas de salud, una asistencia integral, coordinando a los profesionales, servicios o centros implicados, a lo largo del tiempo. Se pueden describir los siguientes procesos de intervención y actividades que realiza el profesional de enfermería:

Cuidado integrado al paciente crónico complejo

En este tipo de cuidados se clasifica a los pacientes crónicos en fun-

ción del nivel de intervención que éstos requieren, poniendo el foco en una primera fase en los pacientes de nivel de intervención alto. El peso asistencial de estos pacientes recae en los equipos de atención primaria, tomando gran relevancia el papel de enfermería en el seguimiento proactivo y el empoderamiento de los pacientes

Tabla 4. Diferencias entre promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

	Promoción	Prevención
Qué se espera lograr	Tener un mayor control sobre los determinantes de la salud: Personales Sociales Económicos Ambientales	Reducir los factores de riesgo y enfermedad
A quiénes y a qué se dirigen las acciones	A la población en general. A procesos, condiciones y sistemas que influyen en la salud.	A personas o grupos en riesgo de enfermar. A enfermos
Cuáles son los campos de intervención	Sociopolítico: políticas sectoriales, organizaciones, gobiernos descentralizados (regionales y locales), escuelas, etc. Ambiental: medio ambiente físico y social, el equilibrio entre la naturaleza y el hombre, la comunidad, la casa, la escuela, la chacra, el río, etc. Sociocultural: arte, cultura, salud, educación, recreación, etc.	Individuo. Segmento específico de la población: mujeres en edad fértil, niños y niñas menores de 3 años, población en riesgo, etc.
Quiénes intervienen	Autoridades locales, regionales, nacionales. Las comunidades. Grupos organizados	Clínicos: personal de salud y otros que atienden la salud en la comunidad.

Fuente: Minchan, Vásquez y Vásquez (109).

La atención está adaptada a sus necesidades evaluadas de forma continuada y proactiva, individualizadas en cada momento y donde los elementos de la estrategia se van incorporando de forma dinámica y garantizan la coordinación e integración entre todos los ámbitos asistenciales. Las actividades a realizar están en función de la inclusión en el proceso, el seguimiento en el lugar de residencia y la atención a la descompensación.

Cuidados integrales a la diabetes mellitus (DM)

En el marco del conjunto de actuaciones (preventivas, diagnósticas terapéuticas y de cuidados) a través de las cuales, el profesional de enfermería comunitaria identifica a las personas con DM, en el que establece los mecanismos para la detección y la confirmación del diagnóstico, tras el cual se programa el acompañamiento terapéutico con los siguientes objetivos:

- establecimiento de objetivos de control y plan terapéutico;
- educación diabetológica;
- prevención y tratamiento de las complicaciones;
- rehabilitación, cuando las complicaciones ya están presentes.

El plan terapéutico del paciente con DM deberá contener las intervenciones nutricionales y farmacológicas adaptadas a las características individuales y de su entorno, dirigidas tanto al control metabólico como al de los factores de riesgo vascular asociados. Estas intervenciones incluyen la valoración inicial y la educación diabetológica.

Cuidados integrales, hipertensión arterial (HA)

La educación del paciente forma una parte esencial de los cuidados integrales de la HA. Las intervenciones de enfermería de educación para la salud deberán estar enfocadas en:

- Fomentar el autocuidado del paciente hipertenso.
- Los cambios adecuados en el estilo de vida son la piedra angular para la prevención y control de la hipertensión arterial.
- Las medidas recomendadas para el cambio en el estilo de vida para reducir la presión arterial son:
- Restricción de la ingesta de sal
- Moderación en el consumo de alcohol
- Modifi,cación en la dieta diaria
- Reducción y control del peso
- Actividad física regular
- Abandono del tabaco
- Manejo de estrés

- Adherencia terapéutica
- Informar, aconsejar y recomendar sobre los alimentos que contienen un alto contenido en sal, tal como los embutidos, alimentos enlatados y aquellos que contengan conservadores
- Sugerir la práctica regular durante mínimo 30 min de ejercicio físico aeróbico (caminar, correr, emplear bicicleta o nadar) con intensidad moderada 5 a 7 días por semana.
- Para el seguimiento y control del paciente hipertenso el personal de enfermería debe considerar:
- Características culturales, laborales y sociales del paciente.
- Involucrar en el cumplimiento del tratamiento al paciente, la familia y al mismo equipo de salud.
- Acompañamiento a la consulta por una persona de cercana convivencia.
- Fomentar la participación del equipo de salud y grupos de educación continua a la comunidad.

Cuidados integrales, asma bronquial

Todos los pacientes que sufran asma deben contar con un plan de acción personalizado, de este modo podrán autogestionarse gracias a la valoración de los síntomas, con o sin medición del flujo espiratorio máximo.

La enfermera valorará, en todos los casos, si el plan de acción para el asma es comprensible y su aplicación es la adecuada. Si el paciente no cuenta con un plan de acción, la enfermera debe proporcionarle un modelo, explicarle el propósito y su aplicación, y preparar al paciente para que complete el plan con su cuidador especializado en asma.

Cuidados integrales, insuficiencia renal

La educación ofrece a los pacientes con insuficiencia renal las bases de un conocimiento que facilita su participación activa en las decisiones sobre su propio cuidado para lograr los resultados deseados. Los objetivos educativos deben ser orientados a las necesidades del

paciente, con un plan educativo que dé cuenta del estilo de aprendizaje del paciente y los posibles obstáculos de su proceso educativo. Al educar continuamente a los pacientes sobre los temas que son importantes para ellos, las enfermeras pueden ayudarlos a mejorar los resultados, crear actitudes positivas en cuanto a su tratamiento, y ser más independientes.

El paciente con insuficiencia renal se somete a cambios en su vida cotidiana, y el conocimiento de la hemodiálisis es crítico para que el paciente entienda las complicaciones, restricciones en alimentos, líquidos, uso de medicamentos, amenaza de su propia imagen, que generan estrés, conflicto y ansiedad, lo que interfiere con la adherencia a la terapia.

Todos estos conocimientos interfieren con el autocuidado, dado que el individuo es el principal responsable de su calidad de vida, vivir con diálisis. Los efectos beneficiosos de la intervención de cuidados de enfermería, promueve un cambio positivo significativo en el autocuidado y en el comportamiento, tales como la dieta, la presión arterial, control del peso, ejercicio y descanso, que los pacientes evidencian difíciles de controlar. Por lo tanto, el cuidado en salud de enfermería se debe utilizar activamente en la práctica clínica para que los pacientes de diálisis realicen autocuidado a través de la retroalimentación continua.

Promoción de la salud

La Organización Mundial de la Salud define promoción de la salud, como «un proceso mediante el cual los individuos y la comunidad están en condiciones de ejercer un mayor control sobre su salud y de este modo mejorar su calidad de vida» (17). La promoción de la salud es la piedra angular de la atención primaria y una función básica de la salud pública. El reconocimiento e importancia del valor de esta actividad es cada vez mayor, debido a la eficacia y al costo-eficacia con que reduce la carga de morbilidad y mitiga el impacto social y económico de las enfermedades (109).

La prevención son medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecido.

Los cuidados preventivos, se definen como las diferentes acciones que se llevan a cabo en adultos sanos, con el propósito de evaluar los factores de riesgo para enfermar según edad y sexo. Se deben realizar a lo largo del ciclo vital con el propósito de reducir la morbimortalidad asociada a aquellas enfermedades o condiciones prevenibles o controlables. Su objetivo es evitar la ocurrencia de la enfermedad, reduciendo la exposición a factores de riesgo, modificando conductas o indicando inmunizaciones; considerando características como grupo etario, sexo, estilos de vida y conducta, entre otras (110).

Los objetivos de los cuidados preventivos son:

- Detectar oportunamente las patologías prevalentes para edad/sexo.
- Identificar posibles factores de riesgo.
- Lograr modificaciones en hábitos y/o comportamientos antes de que ocasionen un daño o enfermedad.

Los ejes temáticos para la promoción de la salud son:

- Estilo de vida: alimentación y nutrición, actividad física, higiene y ambiente.
- Salud sexual y reproductiva.
- Enfermedades no transmisibles.
- Promoción de la salud mental.

Para desarrollar actividades que permitan a las personas elegir estilos de vida saludables que prevengan las enfermedades no transmisibles, la enfermería debe promocionar las prácticas saludables y entornos saludables.

1RA EDICIÓN

CUIDADOS HUMANOS

COMO EJE DE LA ENFERMERÍA COMUNITARIA

CAPÍTULO VII

PROGRAMA MATERNO INFANTIL. ATENCIÓN INTEGRAL A LAS GESTANTES, RECIÉN NACIDO Y PUÉRPERAS

MAWIL
Publicaciones Impresas y Digitales

Programa materno infantil

La salud materno infantil (MI) queda englobada dentro de la salud pública, la cual se define como el conjunto de actividades encaminadas a promocionar y promover la salud, prevenir la enfermedad, a curar y a rehabilitar a la comunidad en general (111). Luego, la salud MI es aquella cuyas actividades están encaminadas a atender a la población diana; madre, recién nacido y familia. Pero no solo se ocupa del embarazo, parto, puerperio y recién nacido, sino también de los problemas de salud de la mujer (ciclo reproductivo desde pubertad a menopausia, independientemente de que tenga o no hijos o relaciones sexuales).

En este sentido, un programa de salud es un conjunto de acciones implementadas por un gobierno con el objetivo de mejorar las condiciones sanitarias de la población. De esta forma, las autoridades promueven campañas de prevención y garantizan el acceso democrático y masivo a los centros de atención. 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 acciones de promoción, prevención, tratamiento y recuperación de la salud.

Ahora bien, los programas materno-infantiles tienen una orientación que trata de establecer un equilibrio adecuado entre las actividades de tipo curativo y preventivo. Estos programas se fundamentan en la prevención y más aún en la promoción y las actividades curativas se orientan cada vez más hacia las enfermedades más comunes, tratando de disminuir las tasas altas de morbilidad y mortalidad infantil. La misma orientación se está dando a la asistencia de la madre, con énfasis en los servicios preventivos y curativos. Idealmente, los servicios pre y posnatales y de planificación familiar deben operar conjuntamente con el servicio infantil para ofrecer un servicio integrado.

Los programas materno infantiles tienen como finalidad el nacimiento de un niño sano en el seno de una familia capaz de criarlo adecuadamente (entorno familiar saludable), o sea, promover un embarazo, par-

to y puerperio sin problemas (bienestar materno), asegurar el bienestar del recién nacido hasta la adolescencia y, adicionalmente, el bienestar familiar (concepto integral: madre, niño y familia).

En el caso de Ecuador, el sistema materno infantil del Ministerio de Salud Pública, es un sistema de atención integral a la embarazada, puérpera y al infante, específicamente al recién nacido. Los objetivos del mismo es disminuir la morbimortalidad materno infantil. La estructura que fundamenta las acciones de la atención integral materno-infantil se basa en el siguiente organigrama (figura 8).

Figura 8. Componentes del sistema de atención integral materno infantil en Ecuador.

El componente de mejoramiento de calidad se ocupa de mejorar los procesos, el componente de fortalecimiento de talento humano hace referencia a capacitaciones continuas al personal que labora en las diferentes instituciones, el componente de información y vigilancia se encarga de obtener los datos de lo que ocurre, el componente de comunicación y educomunicación de actividades de promoción de la salud y el componente de participación de que los usuarios sean partícipes.
Cuidados prenatales
El control prenatal es importante incluso en embarazos saludables. Los controles regulares ayudan a identificar pacientes con mayor riesgo tanto obstétrico como perinatal, agregan intervenciones ligadas a la

prevención de dichos riesgos y también contribuyen a promover conductas saludables durante el embarazo. El principal objetivo de los cuidados prenatales es conseguir un embarazo de evolución normal, que culmine con una madre y un recién nacido sanos.

Control prenatal

El control prenatal consiste en un conjunto de actividades que se ejercen sobre la embarazada con el fin de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza. Los objetivos del control prenatal son:

1. Brindar contenidos educativos para la salud de la madre, la familia y la crianza.
2. Prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo.
3. Evaluar el estado de salud de la madre y el feto.
4. Vigilar el crecimiento y la vitalidad fetal.
5. Evaluar posibles riesgos y corregirlos.
6. Planificar los controles prenatales.
7. Preparar a la embarazada física y síquicamente para el nacimiento.

Requisitos para el control prenatal

Para que el control prenatal sea eficaz, deberá ser:

- Precoz: debe ser efectuado en el primer trimestre de la gestación. Esto posibilita la ejecución oportuna de acciones de promoción, protección, y recuperación de la salud. Además, permite la detección temprana de embarazos de riesgo.
- Periódico: la frecuencia dependerá del nivel de riesgo. Para la población de bajo riesgo se requieren cinco controles.
- Completo: los contenidos y el cumplimiento del control prenatal garantizan su eficacia.
- Amplia cobertura: en la medida que el porcentaje de población bajo control es más alto (lo ideal es que comprenda el total de las embarazadas) se espera que aumente su contribución a la reducción de la morbimortalidad perinatal.

Control clínico

En la primera consulta se debe realizar una historia médica completa, solicitar algunos exámenes de laboratorio e impartir educación acerca de un embarazo saludable.

Además, se debe realizar un examen físico, pesar, medir y calcular el IMC (índice de masa corporal), con lo cual se puede determinar la ganancia de peso recomendada.

Se establece visitas sucesivas donde se reinterroga a la gestante, se practica examen clínico obstétrico y se revisan o programan exámenes complementarios de rutina para embarazos de bajo riesgo. Ante la sospecha de una patología se amplía la atención de acuerdo al protocolo correspondiente. Las visitas se realizan de acuerdo al siguiente esquema:

- Segunda consulta: entre la 13 y la 18 semana
- Tercera consulta: entre la 22 y la 24 semana
- Cuarta consulta: entre la 24 y la 29 semana
- Quinta consulta: entre la 32 y la 35 semana
- Sexta consulta: entre la 38 y la 40 semana

Contenidos y objetivos para el control prenatal

En la tabla 5 se especifican las actividades y objetivos para el control prenatal

Tabla 5. Actividades y objetivos para el control prenatal.

Actividades	**Objetivos**
Registro de datos	Sirve de base para planificar el control prenatal.
Fijar un cronograma para las visitas prenatales	Agendar las visitas prenatales de acuerdo a la edad gestacional en la primera consulta.
Evaluación del riesgo perinatal	Definir la población sujeta a ser normatizada.
Categorizar a la embarazada según riesgo, examen físico, y llenado de HCPB	Clasificar a las embarazadas de acuerdo a las necesidades específicas, registro de la información.
Evaluación en cada consulta de factores de riesgo	Detectar embarazadas con necesidad de cuidados especiales y prevenir complicaciones.
Determinar grupo sanguíneo y factor Rh	Prevenir y tratar la enfermedad hemolítica perinatal.
Medir el peso pregestacional, la talla, la ganancia de peso durante la gestación y el nivel de hemoglobina	Evaluar el estado nutricional materno.
Preparar a la mujer para la maternidad	Informar y lograr la participación de la embarazada y su familia en la identificación de signos de alerta, protagonismo en el parto, cuidados del puerperio, recién nacido.
Detectar tabaquismo y otras adicciones.	Intervención educativa para reducir el bajo peso y el parto de pretérmino.
Medir la presión arterial	Detectar tempranamente todo tipo de hipertensión durante el embarazo, reducción de pre-eclampsia, eclampsia.
Determinar el nivel de hemoglobina	Detectar anemia y necesidad de dosis más altas de hierro, mejorar la salud materna y oxigenación fetal.
Suplemento con hierro y ácido fólico	Evitar la anemia.
Medida seriada de la altura uterina	Identificar los fetos con crecimiento normal, embarazos múltiples y RCIU.
Medir glucemia	Detectar diabetes gestacional.
Diagnóstico de sífilis, VIH, chagas, hepatitis B, toxoplasmosis	Identificar estas infecciones para su tratamiento y/o control.
Urocultivo	Diagnosticar y tratar la bacteriuria asintomática, para reducir pielonefritis y parto de pretérmino.
Vacunar contra el tétanos	Prevenir el tétanos materno y neonatal.
Detectar presentación pelviana a término	Intentar versión externa, para evitar la cesárea por presentación pelviana y en caso de ser irreversible programar la operación cesárea al término.
Comunicar e instruir sobre las principales situaciones de riesgo materno-perinatal	Participación de las embarazadas para el autocuidado e identificación precoz de sintomatologías de riesgo.
Recomendar la lactancia natural y preparar a la madre para la lactancia exclusiva.	Contribuir al crecimiento y desarrollo del niño y reducir la morbimortalidad infantil.
Informar sobre métodos anticonceptivos.	Prevenir el embarazo no deseado, el aborto provocado y la mortalidad materna.
Estudio ecográfico	Detectar malformaciones fetales, localizar la placenta, vigilar el crecimiento fetal, anticipar él diagnóstico y confirmar el embarazo múltiple, ajustar la edad gestacional cuando la amenorrea es desconocida.
Recomendar el lugar para la asistencia del parto.	Brindar una atención del parto y del recién nacido en el nivel de complejidad que corresponda al riesgo materno perinatal.

Fuente: Kroeger y Luna (62).

Cuidados de enfermería, antes, durante y después del parto

El parto es un proceso innato, fisiológico y natural. Es el conjunto de fenómenos activos y pasivos que son desencadenados al final de la gestación y tiene por objeto la expulsión del producto mismo de la gestación, la placenta y sus anexos a través de la vía natural (o canal del parto) hacia el exterior. El parto se compone de tres etapas principales la primera cuenta con dos fases (inicial y activa) la etapa segunda y tercera constituyen el alumbramiento del bebé y la expulsión de la placenta (112).

La Organización Mundial de la Salud (113) refiere que son tres los elementos más importantes, con evidencias científicas, para mejorar el trabajo de parto y reducir los resultados adversos del nacimiento:

- El apoyo psicoemocional durante todo el trabajo de parto.
- La posición vertical durante el trabajo de parto.
- El apego madre-hijo/a irrestricto y la lactancia inmediata al nacimiento.

Se considera parto humanizado al modelo de atención del parto que pretende tomar en cuenta, de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y sus familias en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio; persiguiendo como objetivo fundamental que se viva la experiencia del nacimiento como un momento especial, placentero, en condiciones de dignidad humana, donde la mujer sea sujeto y protagonista de su propio parto, reconociendo el derecho de libertad de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre dónde, cómo y con quién parir, en este momento tan importante de su historia.

En Ecuador, el Ministerio de Salud Pública (114) ha permitido fortalecer la práctica del parto humanizado dentro de las entidades de salud, mediante el subproceso de normalización de medicina intercultural y la importancia del sustento que la enfermera puede generar en la mu-

jer gestante, brindando un proceso más afectivo, que no únicamente se enfoque en el aspecto físico de la mujer, sino que favorezca en la disminución de aquellos sentimientos de temor que suelen presentarse durante el parto.

El parto y nacimiento humanizados deben incluir los siguientes elementos:

- Reconocer a la madre, el padre y su hija/o como los verdaderos protagonistas.
- No interferir rutinariamente este proceso natural; solo se debe intervenir ante una situación de riesgo evidente.
- Reconocer el derecho de la mujer y su pareja, a la educación para el embarazo y parto.
- Reconocer y respetar las necesidades individuales de cada mujer/pareja y el modo en que se desarrolle esta experiencia.
- Respetar la intimidad del entorno durante el parto y el posparto.
- Brindar atención personalizada y continua en el embarazo, parto y puerperio.
- Favorecer la libertad de movimiento y posición de la mujer durante todo el trabajo de parto (en cuclillas, hincada, sentada, en el agua, o como desee).
- Promover la relación armónica y personalizada entre la pareja y el equipo de salud.
- Respetar la decisión de la mujer sobre quién desea que la acompañe en el parto (familia, amistades).
- Privilegiar el vínculo inmediato de la madre con su hija/o, evitando someterles a exámenes o a cualquier maniobra de resucitación, que sean innecesarios.

En este marco, el cuidado por parte del profesional de enfermería es considerado muy importante para la mujer, debido a que en esta etapa ella experimenta un conjunto de cambios biológicos, emocionales y sociales, es por ello que la parte humana durante el trabajo de parto es de gran utilidad para la enfermera, ya que es quien brindará un trato

cortés para obtener la colaboración por parte de la madre y de igual manera la mujer se sentirá acompañada, lo cual favorecerá a que el trabajo de parto se realice de una manera más rápida y sin complicaciones (115).

Durante todo el periodo, la enfermera ha de realizar un cierto número de tareas con el fin de prestar los cuidados necesario en torno a la mujer embarazada (tabla 6).

Tabla 6. Cuidados de enfermería durante el parto.

Tipo	Descripción
Trabajo de parto	Informar a la embarazada acerca del tipo de dolor, duración de las contracciones y cómo aumentarán en intensidad y frecuencia y las incomodidades que se esperan debido al procedimiento.
	Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor como el miedo, fatiga, falta de conocimientos, entre otros.
	Enseñar los principios de control del dolor.
	Recordar a la embarazada las técnicas de respiración y relajación durante la atención del parto.
	Fomentar la importancia de la deambulación durante el primer periodo de trabajo de parto.
	Monitorizar la ruptura de membranas.
	Preparar a la paciente para la atención del parto de acuerdo al protocolo institucional o preferencias de la paciente de acuerdo a su cultura.
	Realizar maniobras de Leopold para determinar la posición fetal.
	Monitorizar periódicamente las condiciones del feto durante el periodo de trabajo de parto como la frecuencia cardiaca durante y después de las contracciones para detectar aceleraciones o desaceleraciones: cada 30 o 60 minutos la frecuencia fetal al inicio del trabajo de parto. Cada 15 a 30 minutos en el segundo período de trabajo de parto. Cada 5 a 10 minutos en el tercer período de trabajo de parto.
	Cuidar y fortalecer el vínculo de la madre con el feto.
	Detectar oportunamente factores que pongan en riesgo la vida del feto o producto de la gestación.
	Realizar examen vaginal para valorar el avance de la dilatación y borramiento. Monitorizar los signos vitales maternos durante todo el proceso de parto.
	Mantener el vínculo inmediato de la madre con el recién nacido.
	Estimulación al feto con: comunicación verbal, táctil y auditiva al inicio de trabajo de parto
	Utilizar métodos no farmacológicos para la disminución del dolor, como: inmersión en agua durante el período dilatante, así como la acupuntura, acupresión, hipnosis, masajes, relajación, aromaterapia, audio analgesia, agua caliente, cambios de posición, entre otras, para mejorar la frecuencia cardiaca fetal, amplitud del canal del parto, contracciones uterinas más eficaces, fuerza de pujo mayor, menor presión intravaginal, mejor ángulo de encaje de la presentación, no compresión de los grandes vasos maternos, mejor oxigenación y equilibrio acido-básico materno fetal, mejor índice de apgar, entre otros beneficios.

Parto de bajo riesgo	Respetar la decisión de la mujer embarazada de elegir el tipo de asistencia que desea durante el embarazo y proceso de parto.
	Brindar una atención humanizada del parto y nacimiento con respeto a su individualidad, tradiciones, lenguaje y otros factores de la cultura.
	Permitir la atención del parto de manera coordinada con la partera o comadrona, en caso de ser atendido en el hogar.
	Permitir al padre o a una persona de confianza de la embarazada que la acompañe y dé apoyo continuo durante el trabajo de parto y el nacimiento para favorecer un parto vaginal espontáneo y disminuir la duración de la labor del parto, el uso de anestesia, la probabilidad de la cesárea y aumentar la satisfacción de la mujer.
	Respetar la elección de la mujer embarazada sobre la persona que la acompañará en el proceso de parto. Respetar la privacidad, dignidad y confidencialidad de la mujer embarazada.
	Conducir el parto en casa o en área hospitalaria en una atmósfera de respeto y seguridad.
	Se recomienda no realizar rasurado del vello pubiano ni enema antes del parto.
	Motivar a que el padre participe activamente durante el trabajo de parto, si es en el hogar, permanecer junto a la mujer en trabajo de parto durante todo el proceso.
	Permitir a la embarazada la libertad de movimiento y posición durante el trabajo de parto y posparto
	En la unidad de parto natural: iniciar trabajo de parto, dar a luz y recuperarse en la misma habitación para mantener el vínculo de la madre con el recién nacido.
	Durante el período expulsivo, atender el parto en posición cómoda, la que sea de preferencia de la embarazada, tales como: vertical, cuclillas, hincada o de rodillas, de rodillas vertical o con la variación a la posición, en cuatro puntos, con los hombros y la pelvis al mismo nivel o en la posición ginecológica tradicional.
	Tratar al máximo de reducir el trauma perineal con masaje prenatal del periné, ejercicios de Kegel, lenta expulsión de la cabeza del bebé, sostener el periné, mantener la cabeza flexionada, extraer los hombros uno a la vez, para evitar al máximo la episiotomía y que la parturienta tenga menos trauma perineal, dolor y molestias, menos sangrado, menor riesgo de infección y complicaciones en el puerperio.
	Evitar en lo posible la episiotomía para reducir riesgos y complicaciones en el puerperio como: desgarros del esfínter anal o vaginal, relajación del músculo del suelo pélvico, incontinencia urinaria, dolor puerperal, entre otros; aumenta la probabilidad de pérdida sanguínea en mayor cantidad, de utilizar sutura e instrumentos para el parto, infección de la herida o fetales, dolor durante el acto sexual, entre otros.
Riesgo de sangrado durante el parto	Preparar al equipo de respuesta rápida en caso de presentarse una emergencia obstétrica
	Monitorizar la evolución de la atención del trabajo de parto, nacimiento y alumbramiento por si se produce hemorragia obstétrica.
	Observar si hay presencia de signos y síntomas de sangrado mayor a 500 ml.
	Monitorizar los signos vitales frecuentemente, principalmente la presión arterial.
	Monitorizar estado de conciencia con escalas reconocidas nacional e internacionalmente.
	Monitorizar las condiciones del producto de la gestación hasta el nacimiento.
	Mantener vías intravasculares permeables.
	Administración de líquidos y control de los mismos.
	Registrar los procedimientos, respuestas humanas y resultados obtenidos de los cuidados proporcionados a la embarazada e información proporcionada a la pareja o familiar.

Temor	Escuchar con atención, la expresión de emociones y sentimientos.
	Abrazar o tocar a la paciente para proporcionarle apoyo y seguridad durante el proceso de parto, nacimiento y alumbramiento.
	Ayudar a la paciente a disminuir la ansiedad o preocupación con ejercicios respiratorios y técnicas de relajación.
	Proporcionar informe objetivo respecto al diagnóstico y tratamiento.
	Informar a la embarazada y familiar responsable sobre los procedimientos a realizar y resolver las dudas que surjan durante el proceso de atención de parto.
	Escuchar y respetar las expresiones de sentimientos y creencias sobre el parto.
	Proporcionarle ayuda y apoyo a la embarazada y familiar responsable en la toma de decisiones sobre las condiciones de salud de ella y el producto de la gestación.
	Crear un ambiente que facilite la confianza.
	Registrar los procedimientos, respuestas humanas y resultados obtenidos de los cuidados proporcionados a la embarazada e información proporcionada a la pareja o familiar.

Fuente: Secretaría de Salud (113).

Atención a la puérpera

Tras el momento del parto comienza el período puerperal, un período en el cual la mujer va a sufrir una serie de transformaciones en su cuerpo para retornar, casi, al estado previo que tenía antes de su embarazo. El puerperio es el proceso fisiológico que comprende desde el final del parto hasta la aparición de la primera menstruación. Se pueden contemplar las siguientes etapas:

- Puerperio inmediato: comprende las primeras 24 horas, teniendo en cuenta que las primeras dos horas posparto la puérpera debe permanecer en un sitio donde se garantice una vigilancia exhaustiva de signos de alarma.
- Puerperio precoz: es el período que va desde el final del puerperio inmediato hasta la primera semana después del parto.
- Puerperio tardío: comienza en la segunda semana después del parto hasta la aparición de la primera menstruación, usualmente 6-8 semanas posparto.

Es recomendable que los controles y cuidados prestados a la madre durante el puerperio se dirijan a:

- Identificar signos que puedan alertar de complicaciones
- Aportar los cuidados que faciliten la recuperación del proceso del parto.

- Fomentar el autocuidado y cuidados del recién nacido (RN), sobre todo en cuanto a alimentación e higiene, así como favorecer el vínculo entre la madre y RN.
- Promover el inicio y una buena instauración de la lactancia.
- Facilitar que la puérpera y su pareja puedan exteriorizar sus vivencias del parto y puerperio.

Cambios en la puérpera

Durante el puerperio se producen una serie de cambios considerados fisiológicos, a pesar de que en ningún otro momento de la vida de la mujer suceden unos cambios metabólicos tan importantes y tan rápidos sin que exista ninguna enfermedad.

Cambios genitales

Útero: si antes del parto la mujer tenía un útero de grandes dimensiones inmediatamente después del alumbramiento el útero llega a la mitad de la distancia entre el ombligo y la sínfisis del pubis. El peso será de 1-1,3 kilogramos. Durante el puerperio también hay contracciones uterinas, pero son menos dolorosas. Durante los 2-3 primeros días del puerperio están presentes y son más frecuentes en multíparas que en primíparas. El amamantamiento del recién nacido provoca la secreción de oxitocina y ésta contrae el útero, luego los dolores se intensifican con la lactancia. A estos dolores se les conoce con el nombre de entuertos (116).

Loquios: hace referencia a la secreción posparto uterovaginal. Esta secreción está constituida por hematíes, células deciduales necróticas, restos de tejido de granulación. Estos loquios van a mostrar unas características dependiendo del tiempo que haga del parto. Se clasifican en:

- Loquios rojos: 2-3 días, sangre casi exclusivamente con pequeños fragmentos de membrana y restos fetales como lanugo, vermix y meconio.
- Loquios rosados: 1-2 semanas, menos sangre y más exudado,

leucocitos y decidua.
- Loquios blancos: aumento de leucocitos, moco y microorganismos.

Se expulsan sobre todo durante la primera semana, pero no cesa totalmente hasta la 5.ª semana. Su olor es peculiar y varía según la flora bacteriana.

Cuello uterino: después del parto el cuello está blando, dilatado y edematoso. Se acorta rápidamente en las primeras 24 horas y se va haciendo más firme, corto y grueso, aunque ya no recupera su aspecto anterior.

Vagina: después del parto la vagina queda edematosa, blanda. En 3-5 semanas volverá a su estado normal

Cambios en la glándula mamaria

Se produce la ingurgitación mamaria, este es un proceso que ocurre entre el segundo y tercer día y en el cual la mama se vuelva firme, sensible, dolorosa al tacto, aumenta de tamaño e incrementa la temperatura de forma transitoria. La primera secreción que aparece en la glándula mamaria es el calostro, estará presente durante los primeros 5 días, aproximadamente. Este calostro tiene una composición rica en nutrientes necesarios para el recién nacido e inmunoglobulinas, especialmente IgA. A diferencia de la leche tiene más minerales y proteínas, pero menos azúcares y ácidos grasos. Esta riqueza en inmunoglobulinas del calostro proporciona protección al recién nacido, además de servir de laxante natural facilitando la excreción de meconio. La leche contiene agua, proteínas, lactosa, ácidos grasos, hierro, todas las vitaminas excepto la vitamina K. La succión del pezón provoca un estímulo que llega al hipotálamo donde se produce liberación de prolactina. Además, esta succión también estimula la secreción de oxitocina por la neurohipófisis (116).

Cambios generales

- Sistema urinario: el tono vesical está disminuido (menor sensibilidad a la presión) y por sobredistensión se produce incontinencia urinaria (IU) por rebosamiento y vaciamiento incompleto de la vejiga. Hay un aumento de la diuresis (hasta 3 litros) durante los 4-5 primeros días tras el parto por aumento de la filtración glomerular. La IU o anal suele ser transitoria y se presenta a veces hasta tres meses tras el parto. El filtrado glomerular y el aclaramiento de creatinina, vuelven a valores pregestacionales a las 8 semanas posparto.
- Cambios en el peso: el feto, placenta y líquido amniótico suponen un peso medio de 6 kg. La involución uterina, los loquios y el exceso de líquido intra y extracelular suponen una pérdida adicional de entre 2 y 7 kg durante el puerperio. Aproximadamente a las 6 semanas posparto la mujer ya ha perdido la mitad del peso ganado durante la gestación, con una velocidad de pérdida menor durante los 6 meses siguientes.
- Cambios metabólicos: el colesterol aumenta durante la gestación de forma fisiológica, no retornando a niveles pregestacionales hasta pasado un año del parto. LDH y triglicéridos siguen un patrón de ascenso durante la gestación y descenso posparto similar al colesterol.
- Cambios hematológicos: los cambios hematológicos relacionados con la gestación vuelven a su estado basal a las 6-12 semanas tras el parto. El estado protrombótico dura semanas, con lo que el puerperio representa un riesgo de enfermedad protrombótica, siendo importante la valoración del riesgo individualizado de las puérperas,
- Aparato digestivo: el tono y la motilidad se normalizan en dos semanas. El estreñimiento es frecuente por la disminución de la motilidad intestinal y se complican por los enemas, los regímenes y las drogas recibidas durante el parto. Puede ocurrir al perder los hábitos de evacuación intestinal por cambios en horarios, sueño y comidas. También por las molestias perinea-

les (dolor hemorroidal o el de la episiotomía) y el miedo a hacer fuerza para defecar.

- Aparato respiratorio: durante las primeras semanas persiste un aumento de la ventilación en reposo y del consumo de oxígeno, así como una respuesta menos eficaz a la actividad física. Sin embargo, dada la disminución de la presión en la cavidad abdominal el diafragma vuelve a realizar movimientos normales, con lo que la respiración es más fácil.
- Piel y pelo: su crecimiento se ralentiza en el puerperio. A menudo, refieren caída del pelo, ya que se pierde más pelo del que crece. Éste es un fenómeno transitorio y se vuelve a la normalidad en unos meses.
- Cambios en el hueso: tras el parto hay una disminución generalizada en la mineralización del hueso, con la lactancia y la amenorrea asociada, que es temporal y se resuelve a los 18 meses posparto
- Sistema cardiovascular: los cambios fisiológicos cardiovasculares son particularmente importantes en las mujeres con enfermedades cardíacas subyacentes.
- Edemas: el edema es común durante la segunda mitad del embarazo y el puerperio. En general compromete los miembros inferiores, pero a veces aparece en la cara y las manos.

Cuidados en el puerperio

En la tabla 7 se resumen los planes de cuidados de enfermería en el puerperio inmediato, intermedio y tardío. Es importante señalar que en todo el proceso se valorará la reacción psicológica de la madre debido al proceso, su adaptación a él y sus capacidades.

- Reconocer el contacto visual y físico con el recién nacido.
- Ver la respuesta al llanto y resto de necesidades.
- Procurar que se genere un ambiente tranquilo, donde se pueda desarrollar bien la relación padre-niño.

Tabla 7. Plan de cuidados de enfermería en el puerperio.

Plan de cuidados	Actividad
Puerperio inmediato: en el puerperio inmediato las principales complicaciones son la hemorragia y el shock hipovolémico, por lo tanto, los cuidados de enfermería irán encaminados a vigilar para prevenirlos	Informar a la mujer puérpera y/o a la familia sobre el procedimiento de enfermería a realizar.
	Toma de constantes.
	Vigilar la administración de fármacos oxitócicos.
	Palpar el fondo uterino para comprobar la contracción de éste.
	Control urinario para controlar si es espontáneo o si necesita un sondaje vesical.
	Valorar la episiotomía.
	Valorar el descanso, favorecer la lactancia y vigilar el estado de las mamas.
	Vigilar la aparición de los loquios, la cantidad, color y los coágulos si aparecen.
	Valoración de la involución del útero, el tono y la altura de éste.
	Efectuar y enseñar la realización de un masaje sobre el útero haciendo movimientos circulares con la palma de la mano.
	Valoración del periné y, en caso de parto vaginal, de la episiotomía.
	Controlar la primera micción y el posible globo vesical.
	Valoración de las mamas e inicio precoz de la lactancia materna.
	Respetar la intimidad de la mujer puérpera y guardar confidencialidad.
Puerperio intermedio o mediato: Se tendrá en cuenta el estado general de la mujer	Comprobar la identidad de la mujer puérpera e informar a ésta y a la familia sobre el procedimiento de enfermería a realizar.
	Controlar las constantes vitales para descartar posibles hemorragias o alertarnos de signos de infección.
	Se debe valorar la involución uterina y los loquios con el fin de valorar la máxima involución uterina.
	Valoración física de la mujer puérpera, la altura uterina, los loquios, las heridas quirúrgicas, la episiotomía, la cesárea, las mamas y los pezones.
	Respetar la intimidad de la mujer puérpera y guardar confidencialidad.
Puerperio tardío: El trabajo de enfermería es indirecto, tratará de educación previa al alta o posparto en la que se capacita a la madre para reconocer signos en su domicilio	Comprobar que la mujer puérpera sigue una alimentación correcta y buena ingesta de líquidos.
	La completa involución de los genitales.
	Cuidado de las mamas, informar de la aparición de grietas, fisuras e infección para que la madre pueda manejarlas. Por medio de una adecuada limpieza de manos, evitar cremas y lociones.
	La lactancia materna y si no la hay, vigilar el regreso de la menstruación.
	Respetar la intimidad de la mujer puérpera y guardar confidencialidad.

Conocimiento: lactancia materna	Ayuda en la lactancia materna: posición de la madre para que dé el pecho al bebé.
	Animarla para que pida ayuda en los primeros cuidados. Intente conseguir dar el pecho 8-10 veces cada 24 horas.
	Animarla a usar ambos pechos en cada toma.
	Enseñarle la posición correcta para amamantar.
	Enseñarle técnica correcta de interrupción amamantamiento.
	Enseñarle cuidado de pezones, incluida prevención, grietas.
	Suministrar por escrito la información para reforzar la enseñanza en la casa.
	Determinar el conocimiento de la alimentación de pecho.
	Dar información sobre ventajas/desventajas de la alimentación de pecho

Fuente: Ramos, Rodríguez y Jordán (116).

Atención al recién nacido (RN)

El nacimiento es un evento vital universal en el que el feto transita desde la vida intrauterina a una existencia independiente y se debe enfrentar a una serie de acontecimientos fisiológicos que ponen a prueba su capacidad de adaptación saludable. La atención en salud del proceso de nacimiento busca vigilar y asistir en la transición de la vida intrauterina a la vida extrauterina, anticipando la aparición de problemas, implementando acciones correctivas y detectando oportunamente desviaciones de lo normal, dificultades de adaptación y enfermedades incidentales.

Atención RN en la sala de parto

Para la atención inmediata del RN se debe disponer de un lugar contiguo (sala de recepción) o de un sector acondicionado en la misma sala de partos, con las condiciones de temperatura, iluminación y equipamiento necesario para realizar la evaluación del recién nacido y los procedimientos que correspondan a este período. Estas condiciones se deben constatar previo al parto.

El objetivo de la atención inmediata es detectar y evaluar oportunamente situaciones de emergencia vital para el recién nacido, y brindar las condiciones óptimas para su adaptación inmediata a la vida extrauterina, evitando interferir o demorar en la interacción inmediata

madre/hijo/a-progenitor/pareja, favoreciendo, siempre que sea posible, el contacto temprano.

Se pueden referir algunos pasos que deben ser considerados dentro de la atención inmediata al RN en sala de parto (117).

- Contacto piel a piel con la madre: mientras se continúa secándole con paños tibios, limpios y secos, eliminando los mojados y cubriendo la cabeza con una gorra. Si el estado de salud de la madre lo permite, debería permanecer piel a piel al menos una hora sin interrupción, posponiendo la antropometría y la exploración completa. En caso de que la salud del recién nacido o de la madre obliguen a separarlos inicialmente, y a los pocos minutos se comprueba que la situación de los dos es adecuada, se debería iniciar el contacto piel a piel lo antes posible. El contacto piel a piel también puede ser beneficioso cuando se realiza o se alterna con el padre o acompañante.
- Examen rápido descartando malformaciones evidentes que pueden interferir con una transición normal y alimentación.
- Prevención de pérdida de calor: secado con toalla limpia y precalentada, luego se debe retirar los paños húmedos y se coloca al RN bajo una fuente de calor radiante, posteriormente se procede a retirar las secreciones, el líquido amniótico, la sangre y el exceso de unto, se frota cuidadosamente, primero la cabeza, luego el tronco y las extremidades. Es muy importante mantener el neonato seco y caliente desde su nacimiento, pues reduce las pérdidas de calor, ya que el enfriamiento favorece la hipoglicemia, aumenta el consumo de oxígeno hístico y agrava la acidosis metabólica.
- Permeabilización de las vías aéreas: se debe evaluar la forma en que respira el bebé, si es efectivamente espontánea, (40-60 resp./min) o si, por el contrario, no es una respiración continua, por lo cual se debe revisar si la ventilación es inadecuada, realizar estimulación táctil frotando gentilmente el dorso del tórax o percutir suavemente la planta del pie. Duración 1 o 2 segundos,

no elevar al neonato por los pies ni comprimir el tórax, ya que esto aumenta la presión intratoráxica e intracraneana, en caso de no tener respuesta, se debe proceder con protocolos de reanimación (117). Si las secreciones son muy abundantes, sanguinolentas o hay meconio, se realiza aspiración bucofaríngea con presión negativa. No se debe aspirar la nariz, pues estimula la inhalación, además, por mecanismo vagal puede deprimir el centro respiratorio.

- Seguidamente se debe evaluar frecuencia cardiaca adecuada mayor de 100 por minuto. Si es menor de 100 dar ventilación a presión positiva (bolsa respiradora) con O2 húmedo y caliente preferiblemente monitorizando saturometría, tratando de mantenerla si es a término entre 90% y 95%.
- Evaluar color, rosado o cianosis periférica es normal y se continúa con la atención del recién nacido (117).
- Ligadura del cordón, comprobar inicialmente que la pinza del cordón está bien clampada, el RN correctamente identificado y su estado general es bueno. Pinzar al dejar de latir o entre 1-3 minutos después del nacimiento. Ligar con pinza elástica descartable, hilo grueso estéril de sutura o anillos de silastic (jebe), previamente preparado para evitar infección, a 1 o 3 centímetros de la piel, seccionando el excedente con una tijera estéril al dejar de latir, respecto al cuidado del cordón, aunque en condiciones normales puede ser suficiente con lavar con agua y jabón el cordón umbilical, es más seguro aplicar un antiséptico después, la adición de un cuidado tópico es necesario para la prevención de la onfalitis (117).

Se debe realizar la recomendación de no pinzar el cordón umbilical antes de los 30 segundos del nacimiento y, preferiblemente, esperar 1 a 3 minutos antes de pinzarlo (OMS y las sociedades de pediatría, neonatología y obstetricia internacionales así lo recomiendan).

- Examinar integralmente al recién nacido, en primer lugar se debe calcular edad gestacional, descartar anomalías congénitas por

órganos y sistemas: despistaje de malformación anorectal: utilizar una sonda delgada para explorar coanas y orificio anorectal; despistaje de malformaciones oculares reflejo rojo y presencia de globos oculares e identificar oportunamente signos de alarma del recién nacido, realizar la maniobra de Ortolani, para el diagnóstico precoz de la luxación congénita de cadera.

- Test de apgar: se realiza junto a la madre mientras el recién nacido se encuentra piel a piel. No es necesario separarlos si la valoración al primer minuto es de 7 o mayor, repitiendo la valoración a los 5 minutos, luego del pinzamiento del cordón umbilical. En caso de tener puntuaciones inferiores a 7, se debe trasladar al recién nacido a una zona de atención para continuar con la valoración y estabilización. Se debe registrar todos los procedimientos realizados en caso de requerir maniobras de reanimación.

Examen físico del recién nacido

Se realizará una exploración completa y minuciosa del recién nacido, con toma de signos vitales, considerando los siguientes rangos de normalidad:

- frecuencia cardiaca (FC: 120-160 latidos por minuto);
- frecuencia respiratoria (FR: 40-60 respiraciones por minuto);
- saturación de oxígeno (≥ 90%);
- temperatura axilar (T: 36,5-37,5°C).

El primer examen físico del recién nacido se debe realizar en las primeras 24 horas, posterior al período transicional, cuando el recién nacido se encuentre estable. Este primer examen es el que más anomalías revela. Hay que registrar cualquier tipo de anormalidad o si el examen no presenta alteraciones, dejando constancia a las horas de vida que se lo realiza (118). El examen es céfalo-caudal, es decir, se inicia en la cabeza y termina en los pies.

Cuidados de enfermería después del nacimiento

Baño del recién nacido

La conservación, cuidado y protección de la piel del RN es un aspecto importante en la atención de la salud, por la trascendencia de este órgano como barrera frente a infecciones, protección de órganos internos, regulador de temperatura y como conexión entre el recién nacido, el medioambiente y sus padres. La piel del RN tiene un pH neutro y está cubierto de vérnix caseosa con propiedades aislantes, hidratantes, antioxidantes y antimicrobianas. La piel del recién nacido es suave y delicada, el baño y el cuidado debe ser adecuado para ayudar a mantener la salud y la textura de ésta.

El baño del recién nacido, se debe realizar en el momento perfecto, para observar y encontrar hallazgos importantes en la anatomía y fisiología del recién nacido, este procedimiento es de forma rápida para evitar que pierda calor innecesariamente.

Vestido

La ropa del recién nacido debe adaptarse al clima y la temperatura ambiental y contexto cultural. Usualmente es suficiente con una camiseta, pañal, pijama, gorra y una manta (118). El cordón umbilical debe quedar libre, por lo que hay que evitar cubrirlo con el pañal y la ropa del recién nacido debe ser holgada.

Cordón umbilical

El cordón umbilical es una estructura que se desarrolla a partir del pedículo embrionario. Tras el nacimiento, el cordón umbilical se pinza y se corta; luego de unos días se desprende, quedando el ombligo. Hasta que el cordón cae, se considera una herida que está cicatrizando y por lo tanto una posible ruta de acceso de gérmenes para desembocar en una infección, que puede llegar incluso al torrente sanguíneo del recién nacido (119). Los cuidados del cordón umbilical se refieren a la cura en ambiente seco manteniendo el ombligo limpio en todo momento. De esta forma disminuiría el tiempo de caída y el riesgo de infecciones. El objetivo de estos cuidados es:

- Prevenir la onfalitis y sus complicaciones en los recién nacidos.
- Identificar precozmente las onfalitis que se presenten.

Alimentación

La alimentación del recién nacido debe ser con leche materna a libre demanda, el personal de enfermería debe apoyar la lactancia, informar a los padres de los beneficios, y en el caso de presentar problemas, por ejemplo, en la posición y agarre del pezón, deben guiarles de forma que la lactancia exclusiva se garantice hasta los 6 meses, y luego con la alimentación complementaria hasta los dos años de edad (118).

Lactancia materna

Todos los recién nacidos tienen derecho a recibir leche de su madre y todas las madres que lo deseen a recibir soporte para sus lactancias. Esta es la indicación de alimentación tras el nacimiento (120).

Tras el parto la madre produce el alimento óptimo para el recién nacido que cubre todas sus necesidades nutritivas, se aporta a demanda y se regula al volumen adecuado para su crecimiento sin sobrecarga para el aparato digestivo ni de otros sistemas aún inmaduros. Se recomienda que se realice de forma exclusiva, por lo menos los primeros 4 meses de vida. Es precisamente para este tipo de leche que tiene el RN adaptado y preparado su metabolismo y su sistema digestivo para asimilarla.

La nutrición óptima para el neonato se ha definido como la que da lugar a un crecimiento y desarrollo normales sin exceder sus capacidades metabólicas y excretoras. El Comité de Nutrición de la Academia Americana de Pediatría (121) recomienda que el objetivo de la nutrición debe ser conseguir un crecimiento posnatal adecuado a la edad gestacional, definido no solo por los parámetros antropométricos, sino también por la variación de la composición corporal y retención de los diferentes nutrientes.

Por otro lado, se define el período neonatal, como el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta los primeros 28 días de vida; clasificándolos de acuerdo a la edad gestacional como:

- Inmaduro (< 28 semanas)
- Prematuros/pretérmino: < 37 semanas
- Lactantes a término: 37 a 42 semanas
- Postérmino (> 42 semanas)

Por ello, la evaluación antropométrica constituye una parte fundamental de la evaluación clínica no invasiva del estado nutricio. Una parte importante de la evaluación antropométrica del neonato se basa en los índices que permiten estimar la magnitud de las reservas energéticas.

Composición de la leche materna

Nutrientes: La leche humana es un alimento completo que contiene agua, proteínas, hidratos de carbono, grasas, minerales y vitaminas.

Volumen: Su volumen promedio es de 700-900 ml/día en los primeros 6 meses de posparto y de 600 ml en el segundo semestre.

Agua: Contiene un 88% de agua y su osmolaridad es de 286 mOs, semejante a la del plasma, lo que le permite mantener un perfecto equilibrio electrolítico.

Proteínas: La mayoría de las proteínas se sintetizan en la glándula mamaria, excepto la seroalbúmina que procede de la circulación materna. Las proteínas de la leche humana son una fuente importante de aminoácidos necesarios para el rápido crecimiento del lactante. Pero, además, muchas de ellas son funcionales, es decir, facilitan la digestión o absorción de nutrientes, maduran el sistema inmune, defienden contra patógenos y favorecen el desarrollo del intestino (122).

Hidratos de carbono: La lactosa es el principal hidrato de carbono de la leche y es muy abundante (7,3 g/dl). Proporciona el 40% de su

energía. Es un disacárido compuesto de glucosa y galactosa, que se desdobla para ser absorbida por el intestino. La galactosa participa en la formación de los galactósidos cerebrales.

Lípidos: Es el componente más variable de la leche humana. Su concentración varía desde 2 g /100 ml en calostro a 4-4,5 g/100 ml en leche madura. La principal fuente de energía para el lactante son las grasas. La leche materna proporciona el 40-50% de las calorías en forma de grasa.

Minerales: La leche humana tiene todos los minerales que necesita el niño. Sus concentraciones son más bajas que en los sucedáneos, pero tienen excelente coeficiente de absorción. Su contenido no se modifica sustancialmente por la dieta materna.

Vitaminas: El contenido de vitaminas de la leche humana depende de su ***pool*** plasmático y es relativamente sensible a la ingesta materna. En las hidrosolubles influye la dieta reciente, en las liposolubles la reciente y los depósitos.

Ventajas de la lactancia materna

La leche materna puede considerarse un órgano inmunológico de transición del recién nacido, al transferir anticuerpos, especialmente IgA secretora y células vivas (macrófagos) con capacidad antiinfecciosa, por lo que disminuye el número y la gravedad de las enfermedades infecciosas:

- Infecciones de las vías respiratorias bajas: El riesgo de hospitalización por IVRB, en el primer año, disminuye un 72% en los lactantes alimentados exclusivamente al pecho más de 4 meses. La gravedad (duración de la hospitalización y requerimientos de oxígeno) de la bronquiolitis por el virus respiratorio sincitial (VRS) se reduce un 74% en lactantes alimentados al pecho, exclusivamente, a los 4 meses (123).

- Otitis: La lactancia materna reduce el riesgo de otitis media un 23%, si es exclusiva, y un 50% si se mantiene más de 3 meses (123).
- Infecciones del tracto gastrointestinal: La lactancia materna reduce un 64% las infecciones inespecíficas gastrointestinales (123).

En la tabla 8 se pueden observar los beneficios de la lactancia materna.

Tabla 8. Beneficio de la lactancia materna.

Beneficio para el niño	Tiene anticuerpos que protegen de enfermedades prevalentes de la infancia como: diarrea, alergias, asma y las infecciones respiratorias.
	Disminuye el riesgo de enfermedades prevalentes en la infancia como: diarreas, asma, neumonía, alergias, entre otras.
	Disminuye el riesgo de desnutrición.
	Reduce de 1,5 a 5 veces el riesgo de muerte súbita.
	Contiene los nutrientes necesarios para su óptimo crecimiento.
	Es de fácil digestión, lo que disminuye los cólicos del bebé.
	Tiene los líquidos y electrolitos suficientes para su hidratación.
	Tiene la mejor biodisponiblidad de hierro, calcio, magnesio y zinc.
	Favorece el desarrollo emocional e intelectual y previene problemas de salud mental a futuro.
	Ayuda a desarrollar un lenguaje claro tempranamente.
	Tiene efectos de largo plazo en la salud ya que disminuye la probabilidad de desarrollar en la edad adulta enfermedades crónicas como la obesidad, la diabetes, enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 1 y tipo 2, leucemia e hipercolesterolemia.
	Hace que los bebés logren un mejor desarrollo cerebral que le permitirá tener mejor desempeño en la escuela que le brindará mejores oportunidades económicas en la vida.
	Crea un vínculo afectivo con la madre gracias al cual los niños y niñas amamantados crecen más felices, más seguros y más estables emocionalmente.
	Protege contra caries dental y reduce el riesgo de realizar ortodoncia en la infancia y la adolescencia

Beneficio para la madre	Crea un vínculo afectivo madre-bebé, el cual favorece el desarrollo de la autoestima, personalidad saludable y niveles altos de inteligencia en edades siguientes.
	Ayuda a la rápida recuperación después del parto.
	Ayuda a quemar calorías adicionales, lo que permite recuperar rápidamente el peso previo al embarazo.
	Previene la depresión posparto.
	A largo plazo previene tanto osteoporosis como cáncer de mama y de ovario.
	Disminuye el riesgo de sangrado en el posparto, por lo tanto, disminuye el riesgo de desarrollar anemia.
	En el cuerpo de la madre produce hormonas especiales que le ayudan a sentirse relajada y cariñosa hacia su bebé.
	Ayuda a perder peso tras el embarazo.
Beneficio para la familia	Alimenta al bebé en cualquier momento ya que siempre se encuentra disponible y al alcance de cualquier economía.
	No se tiene que comprar, ni necesita preparación, ni almacenamiento.
	Favorece el ahorro familiar al no tener que gastar en fórmulas lácteas, biberones, chupones y demás utensilios para prepararla.
	Disminuye los gastos de atención de salud del bebé, ya que el niño es menos propenso a enfermarse.
	Ahorra tiempo en la preparación de fórmula, el lavado y la esterilización de biberones.

Fuente: Ministerio de Salud Pública del Ecuador (124).

Cuidados de enfermería

La enfermera tiene la tarea de brindar educación sanitaria a la madre y familiares sobre la técnica de la lactancia materna, explicarles las ventajas e importancia que proporciona a la madre y al RN la lactancia materna exclusiva (tabla 9).

Técnica para amamantar

Una adecuada técnica es muy importante, de hecho, la mayor parte de los problemas de la lactancia materna son por una mala técnica. Siempre que surjan dificultades, es necesario observar una toma y corregir los defectos. Hay que apoyar a la madre y ofrecerle la ayuda de un grupo de apoyo de la lactancia si lo precisa. La técnica correcta para amamantar incluye la habilidad que los padres irán desarrollando para alimentación a demanda, es decir, alimentar cuando el bebé exprese señales tempranas de hambre.

- **Agarre**. Para un buen agarre, es importante que todo el cuerpo del recién nacido esté de frente a la madre, con la cabeza bien

alineada al pecho. Hay que introducir gran parte de la areola en la boca del niño. Para saber que la postura es correcta, la barriga del niño debe contactar con la de la madre, posición de ombligo con ombligo, la boca debe estar abierta, el labio inferior hacia fuera, las mejillas aplanadas cuando succiona (no hundidas) y la nariz y el mentón pegados al pecho. No es aconsejable que la madre separe con los dedos la nariz de la mama ni que haga maniobras de pinza con el pecho. Hay que evitar que el recién nacido tire del pezón a fin de evitar la aparición de grietas.

- Posturas. No hay una única postura adecuada, la madre debe elegir la que le resulte más cómoda y puede variar con las tomas y en el tiempo. Una postura adecuada de la madre es importante para evitar lumbalgias y otras molestias secundarias a contracturas musculares. En la figura 9 se puede revisar las diferentes posturas para amamantar.

Figura 9. Posiciones para amamantar.

Tabla 9. Cuidados de enfermería en la lactancia materna**.**

1. Explicar a la madre la técnica correcta para lactar a su bebé
Lavarse las manos siempre antes de amamantar.
La madre debe estar tranquila y relajada.
Tener una buena higiene en los senos antes de lactar, asearse con agua hervida.
Verificar que el neonato tenga el pañal seco y limpio.
La madre debe colocarse en una posición cómoda para lactar (figura 9).
Colocarse al niño cerca de los pechos y cerciorarse que esté despierto.
En todas las posiciones es necesario tener control de la cabeza del niño para mantenerlo pegado al pecho y evitar que traccione el pezón.
Tomar el pecho con los 4 dedos por abajo y el pulgar por arriba, en forma de C. No con los dedos en tijera.
Acercar el neonato al pecho, no el pecho al neonato para evitar molestias en la espalda
Se puede humectar el pezón con leche materna para atraer la atención del RN y para proteger la piel del pezón antes de introducirlo en la boca.
Tocar con el pezón el labio inferior del niño hasta que abra ampliamente la boca, estimulando el reflejo de búsqueda y succión.
Cerciorarse que el pezón y la areola quede dentro de la boca del neonato y que no se obstruyan las fosas nasales.
Dejar que succione entre 10 a 15 min en cada mama, comenzando por el seno de la última mamada.
Si la madre siente dolor, retirarlo o intentarlo otra vez.
Para retirar al neonato del pecho se debe introducir el dedo índice entre las encías sujetándolo para que no muerda el pezón.
Para asegurar un buen amamantamiento se debe escuchar la succión del niño, sentir la bajada de la leche o el descongestionamiento de las mamas después de mamar.
Cerciorarse del vaciado de cada mama.
Eliminar los gases del RN después de cada mamada.
2. Explicarle las ventajas de la lactancia materna que le proporciona a la madre
La leche materna es más económica, pues es a libre demanda.
No requiere preparación alguna por lo que no tiene riesgo de contaminarse.
Tiene un menor costo en salud al prevenir enfermedades en el niño y la madre.
Las madres que dan de lactar usualmente tienen períodos más largos de infertilidad después del parto, lo que le permiten espaciar los embarazos.
La succión del pezón produce descargas de oxitocina que contrae el útero y favorece su involución, disminuyendo el riesgo de hemorragia posparto.

Fuente: Castro y Urbina (125).

1RA EDICIÓN

CUIDADOS HUMANOS

COMO EJE DE LA ENFERMERÍA COMUNITARIA

CAPÍTULO VIII

PROCESOS EDUCATIVOS COMUNITARIOS

MAWIL
Publicaciones Impresas y Digitales

Salud comunitaria

La salud comunitaria es un derecho natural y social, inherente al hombre, trascendiendo el concepto de cuidado del funcionamiento biológico individual, para introducirlo en la relación de los individuos entre sí y con el Estado, en su condición de integrantes/residentes de un lugar geográfico determinado (comunidad) capaces de actuar con autonomía, tomar decisiones, acceder a servicios de salud de buena calidad y ejercer el derecho a participar.

Para Gofin y Gofin (126) la salud comunitaria se puede definir como la salud individual y de grupos en una comunidad definida, determinada por la interacción de factores personales, familiares, por el ambiente socioeconómico-cultural y físico. Mientras que para Restrepo (127), la salud comunitaria incluye un pensamiento social de la salud, que tiene en cuenta la esfera social en que se producen los fenómenos de salud-enfermedad en los niveles microsocial y macrosocial; por lo que debe integrar la participación de las comunidades, instituciones y restantes sectores en la toma de decisiones.

La salud comunitaria es entonces, una expresión colectiva de la salud de los individuos y grupos en una comunidad definida, determinada por la interacción entre las características de los individuos, las familias, el medio social, cultural y ambiental, así como por los servicios de salud y la influencia de factores sociales, políticos y globales, es decir, por los determinantes sociales de la salud. En esta perspectiva, es un enfoque a través del cual se implementan estrategias orientadas a intervenir en el proceso salud-enfermedad-atención de una comunidad en específico, siendo primordial este último aspecto ya que el diseño, implantación y seguimiento de las estrategias a utilizar deberán considerar las necesidades y participación de los miembros de dicha comunidad. Es decir, se deberán considerar diversos factores sobre la génesis y mantenimiento de factores de riesgo en diferentes niveles: individual, colectivo, cultural, estructural, entre otros (128).

Enfoques de la salud comunitaria

Los enfoques de la salud comunitaria son importantes para comprender, explicar y formular intervenciones que impacten en el proceso salud-enfermedad-atención, y deben ser considerados durante el proceso de toma de decisiones, según las condiciones y circunstancias particulares de cada comunidad. Los enfoques que pueden ser utilizados por el modelo de salud comunitaria son:

- Enfoque de determinantes de salud: sostiene que el objetivo de la salud comunitaria (mantenimiento y mejora de la salud de la comunidad) va más allá de la atención de las enfermedades identificadas. El mantenimiento y la mejora de la salud de la comunidad son atribuibles a políticas e intervenciones externas al sistema sanitario, por lo que desde este enfoque, se toman en cuenta en el proceso de salud comunitaria, factores tales como vivienda, edad y sexo de los individuos, estilos de vida, redes sociales y comunitarias, ambiente laboral, vivienda, entre otros como factores determinantes en las intervenciones, diseño y planeación de programas de intervención para la resolución de problemas de salud (128).
- Enfoque de competencia: este modelo sugiere la adopción de estrategias basadas en la transmisión de información, el objetivo es socializar el conocimiento científico y promover el desarrollo de habilidades que le permitan a las personas vigilar y cuidar de su propia salud. Destaca la redefinición de roles en la comunidad, en donde deben existir personas que desempeñen dos roles:
  - Técnicos, definidos como los facilitadores del proceso: Se trata de un asesor de la comunidad, éste utiliza un lenguaje entendible y técnicas pedagógicas. Discute con la comunidad las medidas y planes de salud. Busca al usuario para prevenir y promover. Toma en cuenta costumbres y tradiciones de la comunidad al proponer intervenciones.
  - Usuarios, aquellos a quienes están dirigidas las acciones: Se trata de la persona capaz de aprender, opinar y sugerir. De-

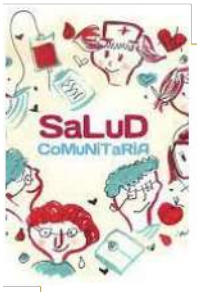
sarrolla competencias de autovigilancia y cuidado. Participa en las actividades sugeridas por el técnico.

Además, en este rumbo la educación enfocada en la salud es algo fundamental para la transmisión de conocimientos teórico-prácticos orientados a modificar actitudes y hábitos de riesgo para la salud.

- Enfoque conductual (estilo de vida): se centra en la modificación del estilo de vida de las personas con el fin de evitar enfermedades. La esencia de este enfoque se basa en la prevención de la enfermedad de las personas. Quienes trabajan desde este enfoque centran su atención en la educación para la salud utilizando la información y la persuasión buscando fomentar la adopción de estrategias que promuevan la capacidad de elegir un estilo de vida más funcional y libre, en la medida de lo posible, de enfermedades (129).

Características de la salud comunitaria

Uno de los principales rasgos o características de la salud comunitaria es el enfoque de todas sus actividades ya que se orienta principalmente a la comunidad, además cuenta con un abordaje multisectorial, trabaja con equipos multidisciplinarios, existe participación de la comunidad y tiene modelos integrados (figura 10).



Enfocada a la comunidad.
Abordaje multisectorial.
Equipos multidisciplinarios.
Participación de la comunidad.
Modelos integrados.

Figura 10. Características de la salud comunitaria.

- Enfocada a la comunidad: Ésta se puede decir que es la principal característica de la salud comunitaria. Tiene que ver con el hecho de que este modelo de salud va dirigido a la comunidad y sus necesidades. De esta manera, la comunidad se involucra en el proceso de salud-enfermedad-atención.
- Abordaje multisectorial: Ésta característica se refiere a que la salud comunitaria debe ser atendida a través de diferentes sectores. Es decir, para cumplir con su objetivo es necesario que los actores sociales de los diferentes sectores (ciudadanía, gobierno, sector privado, instituciones de salud) se vean involucrados en su proceso.
- Equipos multidisciplinarios: Para llevarla a cabo es necesario que se involucren diferentes profesionales. De esta forma se pueden encontrar en su desarrollo psicólogos, médicos, oftalmólogos, antropólogos, sociólogos, trabajadores sociales, entre otros.
- Participación de la comunidad: Siendo la salud comunitaria el resultado del trabajo de los integrantes de la comunidad, esta característica se vuelve necesaria para su desarrollo. La participación comunitaria consiste en la realización de una serie de actividades previamente diseñadas, planificadas y llevadas a cabo por los miembros de la comunidad.
- Modelos integrados: Se refiere a la prevención, promoción y atención en salud que permiten que la salud comunitaria se lleve a cabo y cumpla con su objetivo

Instrumentos de los niveles de atención de la salud comunitaria

Las estrategias enmarcadas en la salud comunitaria involucran una gran gama de acciones interrelacionadas entre sí y que deben considerar los factores y condiciones características de la comunidad a la cual están dirigidas. Dentro de estas estrategias se pueden identificar tres niveles de acción en el marco de la salud comunitaria, los cuales son:

- Instrumentos en el nivel de prevención de la enfermedad.
- Instrumentos en el nivel de promoción de la salud.
- Instrumentos en el nivel de atención de la salud.

Abordaje de la salud desde una perspectiva comunitaria

El modelo de trabajo de la salud comunitaria se basa en la identificación de fortalezas de la comunidad como un proceso de empoderamiento, capacitación, participación y responsabilidad. En contraposición con el modelo de déficit en salud, el proceso enfatiza el origen de la salud y se centra en la búsqueda de soluciones a partir de elementos positivos o activos para la salud de las personas y las comunidades. Cada comunidad tiene talentos, habilidades, intereses y experiencias útiles para ser empleadas en la búsqueda de soluciones positivas.

Por tanto, para el abordaje de la salud comunitaria, en cuanto a las estrategias e instrumentos, se deben considerar:

1. Empoderamiento para la salud: proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud. El empoderamiento para la salud individual se refiere principalmente a la capacidad del individuo para tomar decisiones y ejercer control sobre su vida personal. El empoderamiento para la salud de la comunidad supone que los individuos actúen colectivamente con el fin de conseguir una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida de su comunidad, siendo éste un importante objetivo de la acción comunitaria para la salud (130).
2. Intervención comunitaria en salud: intervención realizada con y desde la comunidad mediante un proceso de participación y que difiere de otro tipo de intervenciones en las que la comunidad actúa únicamente como receptora de la intervención (130).
3. Participación comunitaria en salud: implicación de una comunidad en el análisis, diseño, puesta en marcha y evaluación de procesos comunitarios que respondan a sus necesidades, estableciendo objetivos compartidos y actuando cooperativamente.

Supone la organización de la comunidad y la toma de conciencia colectiva. Participación y empoderamiento de la comunidad son conceptos muy relacionados (130).

Promoción de la salud

La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es un proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y, en consecuencia, mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud.

La Organización Mundial de la Salud (131) define promoción de la salud, como un proceso mediante el cual los individuos y la comunidad están en condiciones de ejercer un mayor control sobre su salud y de este modo mejorar su calidad de vida.

La discusión sobre la promoción de la salud implica el reconocimiento de que la salud se construye constantemente. Presupone un entrelazamiento entre las debilidades y potencialidades del individuo y de los colectivos, y la responsabilidad del gobierno de garantizar los derechos, el acceso a los servicios esenciales y las posibilidades para el pleno desarrollo de las personas de manera equitativa.

La promoción de la salud tiene como principios la equidad, la intersectorialidad, el empoderamiento, la participación social, la sostenibilidad, la autonomía y la integralidad. Estos son algunos marcadores para identificar si una acción o política está dirigida a la promoción de la salud. Se construyen a partir de contextos sociales, económicos, políticos, ambientales y culturales que determinan, de manera dinámica la producción de vida (132). Estos contextos forman las relaciones de

poder y producción presentes en los micro o macro universos, es decir, en el barrio donde se vive, incluso en un país, y son lo que determina la producción de salud. Los determinantes sociales de la salud son el foco de la promoción de la salud con miras a superar las desigualdades e inequidades en salud.

La relación entre ellos y la promoción de la salud es directamente proporcional, es decir, cuanto peor es la situación de vulnerabilidad, como la falta de garantía de los derechos, la no participación de la población en las decisiones políticas y de gestión (políticas de arriba abajo (top-down), la violencia, el embarazo adolescente, la falta de acceso a los servicios básicos, entre otros, más fuerte deben ser los principios y acciones de promoción de la salud.

Por otro lado, el término promoción de la salud fue planteado por vez primera en 1945, cuando Henry E. Sigerest (133) definió las cuatro tareas esenciales de la medicina: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, el restablecimiento de los enfermos y la rehabilitación. Con la declaración de Alma-Ata, se expresa la necesidad de un compromiso nacional e internacional por la atención primaria en salud. En dicha declaración se enfatiza que la salud de las personas es un derecho humano universal y fundamental, y no un privilegio de pocos. En la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, se elaboró la Carta de Ottawa en la que se hicieron importantes aportes para el concepto de promoción de la salud. Específicamente, se señala que los factores de la organización social, en general, y de la estructura económica, en particular, son las causas de la enfermedad y que las acciones para promover la salud, además de la modificación de comportamientos individuales, van dirigidas a la modificación del ambiente físico y social que a su vez se encuentra inserto y determinado por un contexto político, cultural y económico.

Esta conferencia fue, ante todo, una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la promoción de la salud en el mundo,

y tomó como punto de partida los progresos alcanzados como consecuencia de la Declaración de Alma-Ata sobre la atención primaria, el documento los objetivos de la salud para todos de la Organización Mundial de la Salud y el debate sobre la acción intersectorial para la salud en la Asamblea Mundial de la Salud. En la Carta de Otawa (134) se definen las siguientes 5 grandes líneas de acción de promoción de la salud:

- Elaboración de políticas públicas y legislación saludables.
- Creación y protección de ambientes saludables.
- Fortalecimiento de la acción comunitaria.
- Desarrollo de aptitudes personales.
- Reorientación de los servicios sanitarios.

En la Declaración del Milenio se establecieron las metas y objetivos que debían alcanzarse. Los objetivos del área de desarrollo y erradicación de la pobreza, que se ha dado en denominar Objetivos de Desarrollo del Milenio (135) sitúan a la salud en el corazón del desarrollo y representan una serie de compromisos contraídos por gobiernos del mundo entero para contribuir a reducir la pobreza y el hambre y dar respuesta a múltiples problemas de salud. Como se puede observar los objetivos que a continuación se detallan están directamente relacionados con la salud de la población:

- Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
- Objetivo 2: Lograr la educación primaria universal.
- Objetivo 3: Promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer.
- Objetivo 4: Reducir la mortalidad en la infancia.
- Objetivo 5: Mejorar la salud materna.
- Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades.
- Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.
- Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

Estos Objetivos de Desarrollo del Milenio representan una importante oportunidad para plantear intervenciones que favorezcan la obtención de mejores resultados sanitarios, principalmente, entre las poblaciones pobres.

En todos estos espacios se han realizado aproximaciones a la definición de promoción de salud y, de forma general, se ha coincidido en que es un proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y capacidades de las personas (su función a nivel individual), sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de salud (su función a nivel colectivo) (136).

Importancia de la promoción de la salud

La promoción de salud, es una piedra angular de la atención primaria de salud y una función esencial de salud pública; el fundamento de su desarrollo se materializa en la eficiencia con que reduce la carga de morbilidad y mitiga el impacto social y económico de las enfermedades, dándose un amplio consenso en cuanto a la relación existente entre promoción de la salud, desarrollo humano y económico. Por lo tanto, es la estrategia clave del mejoramiento de los factores determinantes de la salud y la equidad, considerando aspectos sociales, culturales, ambientales, etc., tanto para el individuo mismo como para toda la sociedad.

Desde esta mirada, los desafíos estratégicos de la promoción de salud se asocian a la creación e impulso de políticas públicas saludables, intersectoriales, cuya finalidad sea crear entornos de apoyo que permitan a las personas y comunidades desarrollar una vida saludable. Desde esta perspectiva, los gobernantes y quienes tienen poder político deben realizar acciones dirigidas a solucionar los problemas vinculados a la salud de la población, bienestar y calidad de vida.

Igualmente, la promoción de salud, apunta a la generación de entornos saludables, considerados como los escenarios comunitarios o locales donde deben existir oportunidades y condiciones para el desarrollo tanto individual como colectivo, mejorar la calidad de vida y estado de salud, fortaleciendo la capacidad de las personas para adquirir hábitos saludables que les permitan afrontar los problemas relacionados con los estilos de vida.

Metodología para la promoción de salud

Para entender y abordar los instrumentos de la promoción de la salud, desde la perspectiva de la salud comunitaria, los instrumentos útiles para las intervenciones de promoción de salud en la comunidad es necesario destacar, en primer lugar, tres aspectos:

- El primero se refiere a los enfoques de la promoción de la salud considerado como filosofía, que impregna todas las actividades y programas de los servicios sanitarios (incluidos los dirigidos a la enfermedad), y, por otra, como actividades y programas concretos y específicos sobre diferentes temas, situaciones y grupos.
- El segundo aspecto se refiere al objeto de intervención de la promoción de la salud y su doble dimensión personal y social. Las intervenciones de promoción de la salud se dirigen, por una parte, a mejorar la competencia de las personas en salud (estilos de vida) y, por otra, a mejorar el entorno y la sociedad en que viven (entornos saludables).
- Estilo de vida: Desde una perspectiva biopsicosocial, por estilo de vida se entiende la manera general de vivir de las personas y grupos sociales. Esto incluye no solo los clásicamente denominados hábitos saludables, sino también las formas de pensar y de comportarse de las personas en su relación consigo mismas, en el control de sus vidas y su proyecto de vida, las relaciones interpersonales, los patrones de relación con el entorno en que se vive, el repertorio de habilidades personales y sociales de que se dispone, etc.

- Entornos saludables: se refieren a ciudades saludables (con planteamientos urbanísticos, espacios para el ejercicio físico y las relaciones personales y cuidado del medio ambiente físico, una oferta de actividades de ocio al alcance de todas las personas, de modelos socio culturales saludables respecto a temas como el rol de género, o la belleza), escuelas promotoras de salud, lugares de trabajo saludables y otros espacios.
- El tercer aspecto se centra en a quién compete la promoción de salud. Para intervenir, por un lado, sobre las personas y, por otro, sobre el entorno en el que viven, la promoción de salud compete no solo a los servicios de atención primaria de salud, sino también a otros servicios sociosanitarios. Se trata de generar un espacio sociosanitario común para intervenciones de promoción de salud y prevención, dado que son funciones de todos ellos. Igualmente, la promoción de salud compete a las diferentes asociaciones y grupos comunitarios implicados en los temas o problemas de la salud a abordar, así como a las estructuras existentes de participación comunitaria en la gestión de los servicios. El tercer agente a quien compete son los gobiernos de todos los niveles.

Instrumentos de promoción de la salud en la comunidad

Como ya se ha indicado, cinco son las grandes estrategias o campos de actuación de la promoción de la salud (figura 11).

Figura 11. Estrategias o campos de actuación de la promoción de la salud.

Los instrumentos de la promoción de la salud en la comunidad se pueden observar en la tabla 10.

Tabla 10. Instrumentos para la promoción de la salud en la comunidad.

Educación para la salud	Programación educativa.
	Técnicas educativas y recursos didácticos.
	Rol del educador/educadora.
Información y comunicación	Materiales informativos.
	Medios de comunicación social.
Acción social	Reuniones.
	Las y los profesionales como instrumento.
Medidas políticas	Cartera de servicios.
	Informes técnicos.
Reorientación de servicios	Participación de la comunidad.
	Formación e investigación.

Fuente: Ministerio de Salud de Brasil (132).

Educación para la salud (EpS)

La educación para la salud, como proceso educativo e instrumento de salud pública, se sustenta sobre dos derechos fundamentales: el derecho a la educación y el derecho a la salud. Ahora bien, por educación en salud se entienden aquellos procesos educativos que buscan cambiar los comportamientos y las actitudes de los individuos frente a las enfermedades y las causas que las generan, las cuales, en gran parte, están relacionadas con las funciones del cuerpo. Esta educación se caracteriza, entre otras cosas, por ser de corte preventivista y centrada en la transmisión de información, donde se instaura la verticalidad en la relación entre los agentes de salud y los pacientes.

Por otra parte, la educación es considerada la vía más adecuada para alcanzar el desarrollo humano y sostenible, por cuanto, además de intervenir en determinantes sociales de orden estructural, fomenta el desarrollo de competencias que incluyen conocimientos, habilidades y destrezas que desarrolla una persona para comprender, transformar y participar en el mundo en el que vive. Así pues, se hace necesario abordarla, no solo desde el ámbito de las instituciones educativas y de los individuos, sino desde las formas de gobierno, desde el desarrollo de políticas educativas, el acceso y calidad de la educación. Por tanto, es una categoría que busca experiencias que se basen en uno de los ejes fundamentales de la promoción de la salud como es la educación y la comunicación para lograr la salud y el desarrollo humano (137).

Visto así, la educación para la salud se ha concebido como práctica social intencionalmente dirigida a fortalecer las percepciones y significaciones que sobre la salud hacen los individuos y las comunidades, con el fin de favorecer los procesos de toma de decisiones frente a la salud, la calidad de vida y el desarrollo humano. También es asumida como un proceso continuo, reflexivo y crítico.

La educación para la salud desde un enfoque integral es un proceso de generación de aprendizajes, no solo para el autocuidado individual,

sino para el ejercicio de la ciudadanía, la movilización y la construcción colectiva de la salud en la cual participan las personas y los diferentes sectores del desarrollo.

Igualmente, la Organización Mundial de la Salud (17) define la educación para la salud como:
Actividades educativas diseñadas para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar los valores, actitudes y habilidades personales que promuevan salud. Diferentes formas de educación dirigidas a grupos, organizaciones y comunidades enteras que pueden servir para concienciar a la gente sobre los determinantes sociales, ambientales y económicos de la salud y la enfermedad y posibilitar la acción social y la participación activa de las comunidades en procesos de cambio social respecto a su salud.

En este contexto, la reflexión sobre la apuesta por una educación en el campo de la salud en la comunidad implica un diálogo como parte estructural, en tanto los encuentros entre la comunidad y los agentes de salud son, en esencia, un lugar de privilegio de la acción comunicativa y dialógica. En este sentido, la educación debe estar orientada a la participación y emancipación, donde el diálogo es asumido como epicentro de las acciones en salud. Visto así, el diálogo posibilita (138):

- El reconocimiento del otro como agente válido, histórico y con saberes.
- Replantea los espacios de poder en el acto educativo, la educación como escenario de negociación cultural, donde se pongan en juego los saberes, las experiencias y las prácticas comunitarias, donde la historia y los conocimientos de las personas sean el punto de partida para la concreción del acto educativo.
- Establecer un acto de amor, es decir, el diálogo como encuentro y reconocimiento de la alteridad, reconocimiento del otro con quien se puede transformar el mundo.

Como ya se ha señalado, la educación para la salud aborda no solamente la transmisión de conocimientos relativos a la salud individual y colectiva, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. La educación para la salud incluye la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, y la que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitaria. Es decir, la educación para la salud supone información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidas a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la salud.

Objetivos de la educación para la salud

Los objetivos específicos de la educación para la salud son:

- Promover la reflexión y el análisis de los comportamientos de las personas y su vinculación con los factores medioambientales, políticos, socioculturales, físicos y psíquicos que intervienen.
- Incrementar conocimientos, actitudes y prácticas para desarrollar o reforzar comportamientos saludables.
- Desarrollar valores, actitudes recursos y habilidades personales básicas para el autocuidado, la competencia personal y social.
- Incrementar la autoestima individual y comunitaria.
- Promover la enseñanza, formación y capacitación de todos los agentes de salud de la comunidad.

Modelos de educación para la salud

Se puede distinguir fundamentalmente dos modelos (tradicional y participativo) para la educación en salud (tabla 11).

Tabla 11. Modelos de la educación para la salud.

Características	Modelos de educación para la salud	
	Tradicional	**Participativo**
Fin fundamental	Conocimiento	Emancipación
		Empoderamiento
Teoría de aprendizaje	Transmisión de conocimiento	Interacción social
Papel del sujeto	Receptor y constructores del conocimiento	Utilización del conocimiento para interacción con los demás en tareas sociales
Papel de la comunidad	Cliente y contexto	Protagonista
Papel de la educación en salud	Autoridad	Organizadora de proyectos participativos de grupos en la comunidad

Fuente: Villa Ruiz y Ferrer (139).

Puede decirse que el modelo participativo se constituye como el más recomendado, puesto que su fin no solo es la adquisición de conocimientos, también es la capacitación o empoderamiento del individuo, la adquisición de unas habilidades que van a permitir que pueda resolver o prevenir determinados problemas de salud por sí mismo. Para ello, convierte a la comunidad en protagonista, en parte activa del proceso de aprendizaje.

La comunidad juega un importante papel en la resolución de los problemas de salud que afectan a sus miembros. Una herramienta estrechamente relacionada con la participación es la educación para la salud centrada en la comunidad y fundamentada en la motivación de la participación activa de las personas, teniendo como principio la comprensión del proceso de enfermar desde una perspectiva integral y como objetivo la autorresponsabilidad del estado de salud. El modelo de educación para la salud participativo, por tanto, está basado en la interacción democrática de los profesionales y los miembros de la comunidad, fomentando conocimientos e interviniendo en la propia realidad. Este modelo permite conocer, desde otra perspectiva, los problemas y necesidades de salud de la población, estableciendo programas globales y sectoriales en los que se produzcan alternativas emancipadoras.

Herramientas y métodos de educación para la salud

Cuando se comprende que la educación para la salud no es el fin, sino que es el medio por el cual las sociedades pueden acceder a mejores condiciones de vida, se comprende también que es una acción indispensable por realizar. Sin la existencia de ella, se niega a las comunidades el desarrollo pleno de sí mismas y, por ende, se niega el acceso a los derechos universales de los cuales deben ser partícipes.

Para programar y lograr aprendizajes significativos en las sesiones, en la educación para la salud, no basta con una charla grupal o una información/consejo breve en la consulta, sino que se requiere un proceso educativo, tanto individual como grupal. Además, se requiere el uso de técnicas pedagógicas activas, seleccionando las más adecuadas a los objetivos que se pretende lograr, y variadas, es decir, combinando los distintos tipos de técnicas más útiles a diferentes objetivos y distintos procesos y estilos de aprendizaje. Existen múltiples clasificaciones de métodos o técnicas educativas dirigidas al aprendizaje de los contenidos. Resultan especialmente operativas las que relacionan distintos tipos de técnicas con diferentes objetivos de aprendizaje (tabla 12).

Las técnicas educativas deben ser adecuadas a los objetivos propuestos y a los objetivos que se desean desarrollar. Algunas de ellas son:

- Técnicas de encuentro: constituyen el inicio de la relación y el proceso educativo.
- Técnicas de expresión: son útiles fundamentalmente para expresar, reflexionar, organizar y compartir conocimientos, experiencias y sentimientos, sirviendo en general como punto de partida para trabajos posteriores de análisis, contrastar con otras informaciones, etc. Abordan sobre todo los objetivos y contenidos del área afectiva de la persona, aunque también la cognitiva (conocimientos, creencias...) y la de habilidades. Entre las técnicas incluidas en este grupo están: escucha activa y empática, preguntas abiertas y cerradas, citación.

Tabla 12. Técnicas educativas individuales y grupales.

Técnicas educativas individuales	Proceso de aprendizaje	Técnicas educativas
	Encuentro y contrato	Técnicas de acogida y negociación
	Expresar sus preconceptos o modelos previos, su experiencia	Técnicas de expresión
	Reorganizar informaciones	Técnicas de información
	Analizar y reflexionar	Técnica de análisis
	Desarrollo de entrenamiento de habilidades	Técnica de desarrollo de habilidades
	Otros objetivos	Otras técnicas
Técnicas educativas grupales	Expresar sus preconceptos o modelos previos, su experiencia	Técnicas de investigación en aula
	Reorganizar informaciones	Técnicas expositivas
	Analizar y reflexionar	Técnicas de análisis
	Desarrollo o entrenamiento en habilidades	Técnicas para el desarrollo de habilidades
	Otros objetivos	Otras técnicas

Fuente: Pérez (140).

- Técnicas de análisis: Se utilizan fundamentalmente para analizar temas desde distintas perspectivas: (factores causales, comparación de realidades, alternativas de solución, etc.). Abordan sobre todo las habilidades cognitivas (de análisis, síntesis, valoración de situaciones, etc.) y también el área afectiva contribuyendo a trabajar actitudes, valores y sentimientos. En este grupo se incluyen: resumir y ordenar, apoyo emocional, ejercicios, focalizar, confrontar incongruencias, personalizar, establecer conexiones, explicitar lo implícito.
- Técnicas de investigación en aula: Son útiles fundamentalmente para expresar, reflexionar, organizar y compartir conocimientos, experiencias y sentimientos, sirviendo en general como punto de partida para trabajos posteriores de análisis, contrastar con otras informaciones, etc. Abordan sobre todo los objetivos y contenidos del área emocional de la persona, aunque también la cognitiva (conocimientos, creencias...) y la de habilidades. Entre las técnicas incluidas en este grupo están: tormenta de ideas, foto-palabra, dibujo-palabra, rejilla, cuestionarios, frases

incompletas, cuchicheo, Phillips 66.

- Técnicas de desarrollo de habilidades: Son esencialmente útiles para entrenarse en habilidades concretas (psicomotoras, personales y sociales) y para desarrollar la capacidad de actuar, de comportarse en situaciones reales. Trabajan fundamentalmente el área de las habilidades o aptitudes, psicomotoras, personales y sociales. En este grupo se incluyen distintos tipos de ejercicios, simulaciones, tales como ***rol-playing*** o simulación operativa, demostración con entrenamiento y ejercitaciones de distintos tipos, análisis de situaciones y toma de decisiones, juegos, etc.
- Técnicas expositivas: Son útiles fundamentalmente para la transmisión, contraste y reorganización de conocimientos, informaciones, modelos, teorías o estudios. Abordan sobre todo los conocimientos, hechos y principios dentro del área cognitiva, aunque también, en parte, las habilidades cognitivas. En este grupo se incluyen distintos tipos de exposiciones teóricas: exposición, exposición más discusión, lección participada, síntesis teórica, lectura bibliográfica sola o más discusión, panel de expertos, mesa redonda, debate público, vídeo con discusión.
- Creación de ambientes favorables: Esta estrategia plantea la necesidad inédita de crear ambientes que recojan las diferentes formas en cómo una persona pueda aprender, dado que, al contar con un grupo heterogéneo, no todos usarán los mismos métodos para el aprendizaje. Por lo anterior, se propone desarrollar espacios organizados que cuenten con ayudas audiovisuales y con una ambientación relacionada con el tema a tratar. Cuando una persona se ve envuelta en un ambiente que va acorde con lo que está aprendiendo, le es mucho más fácil interesarse por el tema y recordar lo aprendido

Educación para la salud y comunicación

La comunicación en salud puede ser entendida como los procesos, productos y mensajes que se constituyen y tejen en el contexto social, con el propósito de proporcionar información y conocimientos útiles o

adecuados, para influir positivamente en las actitudes y prácticas de salud en los individuos y grupos sociales. Como se observa, el sentido educativo impregna el conjunto de esta relación.

Concepto de comunicación

El concepto de comunicación puede ser asociado a diferentes términos que contribuyen a su definición. Desde el punto de vista etimológico, proviene de la palabra latina ***communicatio***, que a su vez tiene su origen en el término ***communis***, común.

Para algunos autores, la comunicación es el intercambio de información entre dos o más personas; en otras palabras, el intercambio de ideas o pensamientos. Esa clase de comunicación usa métodos como el habla y la escucha o la escritura y la lectura. Sin embargo, la pintura, la danza y la narración de historias son también métodos de comunicación. Además, los pensamientos son transmitidos a los otros no solo mediante palabras habladas o escritas, sino también a través de gestos o acciones corporales.

También se puede definir como un proceso por el cual dos o más personas, con capacidad de entenderse, intercambian información. Implica, por tanto, una relación interpersonal, que intenta transmitir un mensaje, con la finalidad de que sea comprendido, asumido y contestado. Desde esta perspectiva, la misión de la comunicación, no es otra, sino unir, vincular, compartir y al ceñirla a personas se le carga de una característica: la racionalidad.

Procesos de la comunicación

La comunicación conlleva un emisor, un mensaje, un receptor y una respuesta o retroalimentación (figura 12). En su forma más simple, la comunicación es un proceso bidireccional en el que intervienen el emisor y el receptor de un mensaje. Puesto que la finalidad de la comunicación es provocar una respuesta, el proceso es continuo; el receptor del mensaje se convierte en emisor de una respuesta, y el emisor original se convierte en receptor.

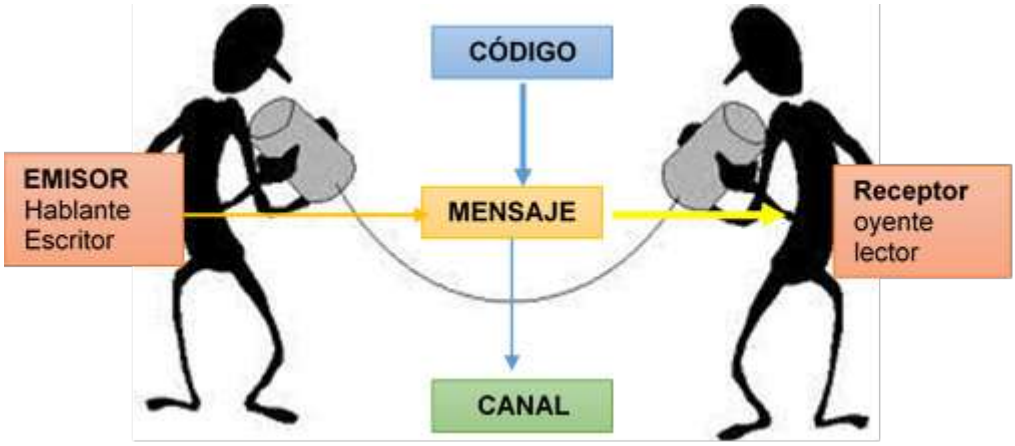


Figura 12. Elementos de la comunicación.

- Emisor: Es la persona que se encarga de transmitir el mensaje. Esta persona elige y selecciona los signos que le convienen. Realiza un proceso de codificación del mensaje.
- Receptor: La persona a quien va dirigido el mensaje. Realiza un proceso inverso al del emisor, ya que descifra e interpreta los signos elegidos por el emisor y descodifica el mensaje.
- Código: Es un conjunto de elementos que se combinan siguiendo unas reglas y que permiten su interpretación. La cualidad de una comunicación va inseparablemente unida a su código. Lo que en un idioma tiene sentido en otro es impronunciable.
- Mensaje: Es el objeto de la comunicación. Está definido como la información que el emisor envía al receptor a través de un canal de comunicación o medio de comunicación determinado.
- Canal: El medio físico a través del cual se transmite el mensaje.
- Situación o contexto: Es la situación en la que se desarrolla el acto comunicativo.

Modos de comunicación

La comunicación es realizada generalmente en dos modos diferentes: verbal y no verbal. La comunicación verbal usa la palabra hablada o escrita; la comunicación no verbal usa otros medios, como los gestos o las expresiones faciales y el tacto.

Funciones de la comunicación

Las funciones básicas de la comunicación son:

- Informativa: Tiene que ver con la transmisión y recepción de la información. A través de ella el receptor accede al caudal de la experiencia social e histórica.
- Formativa: La formación de hábitos, habilidad intelectual y convicciones. En esta función el emisor influye en el estado mental interno del receptor aportando nueva información.
- Persuasiva: El emisor pretende modificar la conducta u opinión del receptor de manera que coopere en determinado propósito.
- Entretener: El emisor crea contenidos que el receptor disfruta.

Otras funciones de la comunicación dentro de un grupo o equipo:

- Reguladora: El emisor pretende regular la conducta del receptor,
- Control: El emisor pretende controlar el comportamiento del receptor,
- Motivación: El emisor pretende motivar al receptor en la realización de determinados actos.
- Expresión emocional: La comunicación se presenta como el medio para expresar ideas, emociones.
- Cooperación: La comunicación se constituye como una ayuda importante en la solución de problemas.

Comunicación en salud

La comunicación para la salud es un proceso social, educativo y político que incrementa y promueve la conciencia pública sobre la salud, promueve estilos de vida saludables y la acción comunitaria a favor de la salud, brindando oportunidades y ofreciendo a la gente poder ejercer

sus derechos y responsabilidades para formar ambientes, sistemas y políticas favorables a la salud y al bienestar. Partiendo de esta premisa de educar, informar, convencer y explicar, así como de escuchar, la comunicación para la salud proporciona a individuos y comunidades las ventajas y recursos necesarios para prevenir enfermedades y mejorar su calidad de vida (141).

La comunicación para la salud se convierte en un elemento cada vez más importante en la consecución de un mayor empoderamiento para la salud de los individuos y las comunidades.

Ahora bien, en el caso del ámbito de salud, la participación de la comunidad es un elemento básico, tal como lo plantea la Carta de Ottawa de 1986. En este marco la comunicación, que promueve conocimientos, actitudes y prácticas de salud, se enfoca en fortalecer las relaciones comunitarias y las capacidades de las personas para incidir sobre los determinantes de su propia salud. Por ende, interesa destacar que la comunicación en y para la salud se alinea con concepciones dialógicas y participativas donde se orienta hacia la articulación de sentidos dominantes y dominados en las comunidades en un tiempo y espacio dados.

Por lo anterior, la comunicación en salud se entiende como un espacio de producción de conocimiento y de intervención en y con la comunidad para lograr alcanzar mejores niveles de salud en la sociedad. En este camino, es importante destacar que la implementación de un enfoque de comunicación en salud, debe incluir a todos los actores involucrados en el proceso de salud-enfermedad-atención, debe actuar en tres dimensiones interrelacionadas (142):

- Dimensión política: En la que se negocian recursos, contenidos y sentidos de las iniciativas de la política sanitaria; y en la que las autoridades y los decisores de los diferentes niveles del sistema deben conocerlas para colaborar y asegurar que tengan buenos resultados.

- Dimensión organizativa: En la que se deben construir espacios de encuentro, formación e interacción participativa con otras áreas del organismo donde se actúe
- Dimensión sociocultural: En la que se ubican las acciones y prácticas comunicativas a fin de informar acciones de gobierno, instalar y/o construir un tema de salud, aportar a la prevención de enfermedades o promocionar acciones saludables, contando con la participación de todos los actores involucrados.

Metodología de la comunicación en salud

Para que una organización pueda diseñar y poner en práctica programas efectivos de comunicación para la salud, que den lugar a un cambio de conductas positivo, es necesario disponer de una metodología que sirva de orientación en la creación y ejecución de dichos programas. En tal sentido, para la práctica de la comunicación en salud se propone un ordenamiento lógico de una secuencia de pasos diagnóstico, estrategia, intervención, monitoreo y evaluación, dirigidos al desarrollo de campañas y acciones de comunicación de uno o más temas de salud identificados (143).

- Diagnóstico. ¿Dónde estamos?: esta primera etapa es un proceso de investigación que permite recoger, seleccionar, sistematizar y analizar información sobre la comunidad a la cual se quiere llegar y el contexto o ambientes que intervienen.
- Estrategia. ¿Hacia dónde vamos y cómo lo lograremos?: En función de los resultados del diagnóstico permite:
  - Segmentar la audiencia objetivo
  - Priorizar los comportamientos
  - Formular los objetivos de comunicación
  - Elaborar los mensajes
  - Seleccionar los medios
  - Determinar el plan de trabajo: organigrama, cronograma y presupuesto.
- Intervención. ¿Qué hacemos?: Es la puesta en marcha de la estrategia. En esta etapa se hacen los ajustes necesarios en cuan-

to a los mensajes y materiales que se piensa elaborar mediante la producción y validación de los mismos. En esta etapa se revisan los criterios básicos que se deben tomar en cuenta para la producción de los diferentes materiales, en función de los componentes de eficacia que intervienen en la misma: atracción, comprensión, identificación, aceptación e inducción a la acción.

- Monitoreo y evaluación. ¿Qué y cómo evaluamos?: El monitoreo y la evaluación son un canal de retroalimentación con el público objetivo. El monitoreo suministra la información necesaria sobre la marcha del proceso y de las actividades. La evaluación permite medir los resultados que se van produciendo en relación con los objetivos planteados, para, de acuerdo a ello, tomar decisiones a fin de realizar las correcciones necesarias.

En el caso de las estrategias de comunicación comunitarias, deben ser entendidas como aquéllas que promueven la participación de los miembros de la comunidad en la definición de sus problemas y necesidades de salud, así como también la intervención activa en las soluciones posibles. Lo anterior permiten recuperar y fortalecer los espacios y modos de comunicación propios del territorio para compartirlos y así motivar la participación activa de los diferentes grupos que lo componen. Se caracterizan por la intervención horizontal de los miembros de la comunidad y se desarrollan en el territorio. Algunos ejemplos: conversatorios sobre temas de salud relevantes en el barrio, organización de cine-debate sobre prácticas saludables, periódicos, radios y videos comunitarios, ferias de salud, entre otras actividades.

Comunicación terapéutica

La comunicación terapéutica favorece la comprensión y puede ayudar a establecer una relación constructiva entre la enfermera y el paciente. A diferencia de la relación social, que puede no tener una dirección o un objetivo específicos, la relación de ayuda terapéutica está dirigida al paciente y al objetivo.

Entender la comunicación como un acto terapéutico significa rescatar

al paciente de la soledad y la incomunicación que la enfermedad trae consigo en el estado del bienestar en el que vive.

La comunicación terapéutica es una manera de relacionarse con el paciente en forma efectiva en un ambiente de cuidados de salud. Su propósito es proveer de un lugar tranquilo, de confort, para que el paciente pueda explorar y entender el significado de su enfermedad y dar el soporte emocional que requiere para alcanzar su estado máximo de salud.

De igual forma, la comunicación terapéutica es la herramienta que se utiliza para favorecer un canal de expresión emocional que permita al profesional de enfermería ayudar al paciente a identificar temores y poder ofrecerle apoyo emocional y espiritual. Sus pilares son la empatía, la sinceridad y la aceptación de la experiencia del paciente. Dejar que el enfermo se comunique desde su mundo emocional, que exprese sus miedos, su rabia o su tristeza, le ayudará a seguir avanzando en su proceso de adaptación hacia el sentimiento de tranquilidad, paz y esperanza (144).

La comunicación terapéutica se define como la relación en donde la persona, ayuda a otra; formando un nuevo enfoque de los cuidados, donde el centro de trabajo es el paciente, su narrativa es lo que dice y como lo dice, en su experiencia de la enfermedad, el sufrimiento y lo que significa para la persona.

La comunicación terapéutica constituye un nuevo enfoque en los cuidados enfermeros en el cual el centro de trabajo es el paciente, su narrativa (lo que dice y cómo lo dice), su experiencia de la enfermedad, su experiencia del sufrimiento y lo que significa para él, cómo el profesional escucha, atiende y dialoga con él sobre esa experiencia. La relación terapéutica y eficaz que el profesional de enfermería establece con el paciente a través de la comunicación es la base para después poder llevar a cabo todos los otros cuidados de enfermería (145).

Objetivos de la comunicación terapéutica

Su principal objetivo es aumentar la calidad de vida del paciente. Por tanto, se centra en el paciente para que:

- Sienta que es el centro de los cuidados y del proceso de enfermería.
- Note que su experiencia de la enfermedad es lo que más importa al enfermero.
- Pueda comunicar sus vivencias y sea escuchado.
- Perciba que su sufrimiento (físico y emocional) es creído y tomado en serio.
- Se sienta acompañado y menos solo.

Tenga la posibilidad de identificar, sentir, saber y decidir si quiere cambiar y cómo, su manera de vivir su situación para poder:

- Enfrentarse a un reto como la enfermedad.
- Mejorar una situación problemática o potencialmente problemática.
- Encontrar maneras de ser y recursos personales más satisfactorios.
- Desarrollar su sentido de la vida en una situación nueva (enfermedad, discapacidad, etc.).

Elementos y herramientas de la comunicación terapéutica

Elementos básicos

- El pensamiento terapéutico
- La empatía
- La escucha receptiva y reflexiva
- La atención a las emociones del paciente
- El acompañamiento del paciente en sus reflexiones
- Ayudar al paciente a aumentar su dignidad
- La autorreflexión y autoobservación

Las herramientas para poner en práctica los elementos básicos son

(145):

- Saber distinguir entre la comunicación terapéutica y la comunicación social
- Pensar, mirar, escuchar y hablar de una forma terapéutica
- Centrarse en la experiencia del paciente de su enfermedad
- Creer al paciente
- Descubrir los significados e impactos que tiene para él la enfermedad
- Darse cuenta de que la manera de tratar al paciente contribuye a aumentar o disminuir su sufrimiento
- Notar que uno mismo siente sus emociones, opiniones y expectativas y darse cuenta de que son propias; no proyectarlas al paciente, dejarlas a un lado para otro momento. Hay que trabajar con las del paciente.
- Recordar que el paciente es el centro de todo el trabajo.
- Trabajar con el paciente como es ahora, no como le gustaría que fuera.
- Conocerse más, ¿qué situaciones y comportamientos de los pacientes movilizan sus propios sentimientos?
- Preguntarse: «lo que digo, ¿por qué lo digo?».
- Si se siente frustrado con el paciente, replantéese cómo le ve: ¿le podría ver de otra manera que fuera más congruente con una relación de ayuda?
- Saber mostrar empatía, incluso ante comportamientos que no le agradan, y entender que es la herramienta principal de la comunicación terapéutica
- Conocer al paciente como individuo.
- Darse cuenta de que el paciente es quien se conoce mejor a sí mismo.
- Respetar al paciente: ¿le puede respetar?, ¿por qué no?, ¿lo puede repensar?
- Ser receptivo a las necesidades del paciente.
- Escuchar con tranquilidad y saber lo que se escucha (contenido y emociones)

- Respetar las emociones del paciente, dejar que las exprese libremente y atenderlas de una forma terapéutica.
- No juzgar los comportamientos del paciente y entender que son su manera de expresar su malestar, que lo importante es lo que hay debajo del comportamiento.
- Notar las defensas del paciente, respetarlas y no reforzarlas.

1RA EDICIÓN

CUIDADOS HUMANOS

COMO EJE DE LA ENFERMERÍA COMUNITARIA

CAPÍTULO IX

MÉTODOS, INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS DE MEDIDA DE LA SALUD COMUNITARIA

MAWIL
Publicaciones Impresas y Digitales

Diagnóstico de salud de la comunidad: un instrumento idóneo para la planificación y programación sanitaria.

El diagnóstico de la situación es la primera fase del proceso de planificación. Constituye la base de cualquier proyecto de intervención, incluida, naturalmente, la planificación de los servicios de salud.

En el ámbito de la atención primaria de salud (APS), al análisis de la situación se le conoce más como diagnóstico de salud de la comunidad, entendido éste como el proceso de recogida de datos y su posterior transformación en información, que permite conocer cuáles son los problemas y necesidades de salud de la población y los factores que las determinan. Básicamente, consiste en una descripción detallada de la propia comunidad y del estado de salud de sus habitantes, así como de los factores responsables de dicho estado de salud, de las características de las prestaciones sanitarias que recibe la población y de los problemas y necesidades sentidos por ésta.

El concepto de diagnóstico de salud aparece por primera vez en la literatura científica en la década de los cincuenta para referirse al estudio objetivo del nivel de salud de una comunidad. En el año 1957, la Organización Mundial de la Salud daba a conocer un informe de un grupo de estudio sobre la medición del nivel de salud recomendando el uso de determinados indicadores sanitarios. El grupo de expertos reconoció que los indicadores sanitarios serían útiles para evaluar el nivel de salud de una colectividad, para orientar la acción sanitaria y para facilitar la comparación de los datos obtenidos en distintos países (146). Desde entonces, se considera como actividad fundamental del sistema sanitario la realización de los estudios epidemiológicos necesarios para orientar con mayor eficacia la prevención de los riesgos para la salud, así como la planificación y evaluación sanitaria.

En este sentido, se considera necesario conocer el presente para proyectar con ciertas garantías de éxito el futuro deseado, es decir, saber cuál es el punto de partida para decidir con acierto el camino a seguir.

Por tanto, no es posible concebir la planificación sin el conocimiento previo de la realidad.

En definitiva, se considera el diagnóstico de salud de la comunidad como un instrumento indispensable para la planificación y programación en materia de salud.

Elementos básicos del diagnóstico de salud

El análisis de la situación de salud de una comunidad tiene su base teórica en una serie de elementos conceptuales, tales con el concepto de salud, los determinantes de la salud, la medición de la salud, el concepto de comunidad o las nociones de problema y necesidad, que conviene recordar.

Salud

Para llevar a cabo el diagnóstico de salud, lo primero que se requiere es tener un concepto claro de lo que se pretende medir, es decir, de lo que entendemos por salud.

La definición más importante e influyente con respecto a lo que se entiende por salud, es la que enuncia la Organización Mundial de la Salud (147) en el preámbulo de su Constitución y que dice: La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

Sin duda es una concepción subjetiva, estática y utópica, aunque positiva en sí misma, pero que, en la práctica, resulta imposible de medir objetivamente.

En la actualidad, y sin renunciar a la definición oficial de la OMS, se consideran más útiles para la planificación y la gestión sanitaria en-

foques de tipo ecológico que conciben la salud como el estado de equilibrio y de adaptación al medio; o bien, enfoques funcionales que centran su atención en la plena capacidad del individuo para desempeñar sus funciones en sociedad.

Determinar, por tanto, el grado de bienestar, de adaptación al medio o el funcionamiento de las personas, en la comunidad, es el gran reto de cualquier diagnóstico de salud. No obstante, si la salud es bienestar y equilibrio armónico, si salud es calidad de vida y si la vida se organiza en comunidad, estudiar y mejorar la salud de una comunidad es, en definitiva, promover y alcanzar el fin último de la vida en sociedad.

Determinantes de la salud

El análisis de la situación de salud parte de una concepción ecológica basada en el modelo epidemiológico de la multicausalidad. Ningún problema de salud tiene una causa única. El nivel de salud de una comunidad, como el de una persona, estará determinado por la intervención de diferentes factores que, con distintos grados de intensidad y durante períodos de tiempo variable, ejercen su acción sobre la población. Clásicamente los factores determinantes de la salud se han clasificado en endógenos (hereditarios, congénitos y constitucionales) y exógenos (físicos, químicos, biológicos y sociales); en las últimas décadas se ha preferido clasificarlos como factores ligados a la biología humana, factores relacionados con el entorno, estilos de vida y sistema de asistencia sanitaria. En cualquier caso, lo importante es que, en el diagnóstico de la situación de salud de una comunidad, no se pierda la orientación multicausal y que, a través de los indicadores indirectos, se llegue a identificar, con la mayor precisión posible, los factores que condicionan el estado de salud propiamente dicho.

Medida de la salud

Para medir la salud se pueden utilizar tres posibles alternativas: medirla positivamente tratando de cuantificar directamente el grado de bienestar de las personas; medirla negativamente valorando su pérdi-

da (morbilidad y mortalidad); o medirla de forma indirecta a través del estudio de todos aquellos factores que determinan el nivel de salud.

Hasta ahora, los indicadores habituales del nivel de salud utilizados en los países de nuestro entorno, se han centrado en la ausencia de salud (enfermedad, discapacidad, mortalidad) y en la presencia de factores negativos de tipo ambiental, social, etcétera.

Medir la salud en términos positivos ha sido el gran reto de los últimos años. Numerosos expertos han tratado de homologar métodos basados en la autodeclaración individual (encuestas y entrevistas), en la medición de la capacidad funcional o en la consideración de ciertos elementos asociados a la calidad de vida con la finalidad de poder cuantificar el bienestar físico, mental y social de la población.

A pesar de esos intentos, algunos de los cuales son citados en este capítulo, (escalas para medir la salud), lo cierto es que, en general, la medición de la salud, tanto individual como colectiva, se sigue realizando, fundamentalmente, con base en indicadores negativos de ausencia total o parcial de la salud, y a indicadores indirectos relacionados con los factores que influyen, especialmente de modo negativo, sobre la salud de la población.

Sin embargo, en sociedades como las occidentales, en las que la población goza de niveles de salud relativamente altos, se hacen cada vez más necesarios instrumentos que en lugar de medir la ausencia de salud midan el bienestar, el equilibrio armónico entre el individuo y el medio, la capacidad de funcionar en sociedad y la calidad de vida.

Comunidad

En otro capítulo de esta misma obra se discute ampliamente el tema de la comunidad. Aquí solo se quiere dejar constancia de que la naturaleza del diagnóstico de salud estará directamente relacionada con el concepto de comunidad que se maneje.

Una comunidad, desde la percepción del profesional sanitario, debe ser algo más que un conjunto de individuos, más o menos numeroso, asentado en un espacio físico determinado. Una comunidad es un grupo de personas que interactúan con un relativo grado de armonía, que tienen intereses y objetivos comunes, que comparten características sociales, culturales y económicas, que están sometidas a los mismos factores ambientales y a las mismas reglas de convivencia y que tienen similares aspiraciones y problemas, entre ellos, los problemas de salud. Por tanto, ninguno de estos factores puede quedar fuera de un estudio integral de salud comunitaria.

Problema

La identificación de los problemas de salud de una comunidad constituye uno de los objetivos fundamentales de la fase inicial del proceso de planificación. Sin embargo, aunque todos estamos familiarizados con el término problema, no siempre estamos en condiciones de definirlo y, sobre todo, de distinguirlo del concepto de necesidad.

Por problema, en términos comunes, suele entenderse algo que provoca preocupación; una situación difícil que debe ser resuelta, un dilema, conflicto o inconveniente. En definitiva, se trata de una situación considerada como discrepante respecto de lo que consideramos adecuado o idóneo.

En términos de salud, el problema representa una desviación o situación deficiente con relación a lo que se haya considerado como conveniente u óptimo. A partir, por tanto, de un concepto de salud óptima como el que ya hemos comentado, cualquier situación de malestar, incapacidad, desequilibrio o enfermedad es considerada como un problema de salud.

Necesidad

Podemos definir la necesidad como la falta de cosas necesarias para vivir o como la situación de alguien que precisa de algo para disfrutar

de una situación normal. También se ha definido la necesidad como aquel factor cuya presencia o ausencia impide o limita el funcionamiento normal de algo.

Por necesidades de salud se entienden aquellos factores, estados o situaciones en la comunidad cuya ausencia impide que un individuo alcance un bienestar físico, mental y social óptimo (148). En definitiva, la necesidad puede considerarse como la diferencia existente entre una situación real deficiente (problema) y una situación óptima, es decir, como lo que hace falta para solucionar el problema.

No obstante, a la hora de analizar las necesidades de salud de una comunidad, es preciso tener en cuenta que existen varios tipos de necesidades. A saber:

- Necesidad normativa, que se establece a partir de lo que los expertos consideran como tal.
- Necesidad percibida, se refiere a las necesidades que la población cree tener.
- Necesidad expresada, consiste en la que cada individuo expresa mediante la demanda de servicios.
- Necesidad comparativa, se determina comparando los servicios que se ofrecen a una comunidad, con los que se necesitan en otra de características similares.

El estudio de cada una de estas necesidades requiere métodos diferentes. Así, mientras que las necesidades normativas se establecen, fundamentalmente, por medio de indicadores y métodos cuantitativos; las percibidas se investigan mediante encuestas o entrevistas, las expresadas, a través de observaciones y registros; y las comparativas, fundamentalmente, por medio de indicadores y grupos de expertos.

Metodología del diagnóstico de salud

La realización del diagnóstico de salud de una comunidad requiere la utilización de una cierta metodología de trabajo, en gran medida coin-

cidente con la de un proyecto de investigación. Se puede resumir en cinco fases:

- Fase preparatoria: Incluye actividades como: definir el ámbito de la comunidad a estudiar (geográfica y demográficamente), formular los objetivos que se desean alcanzar con el trabajo, seleccionar los instrumentos de medida, decidir los métodos de recogida de datos más apropiados, elaborar protocolos, seleccionar e identificar las fuentes de información, prever los recursos materiales y humanos necesarios, etc.
- Fase de recogida de datos: Variará dependiendo del tipo de información a recabar y del método que se utilice para ello. Es, sin duda, la parte más laboriosa del proceso y en la que se suele emplear más tiempo. En esta fase se llevan a cabo las actividades de observación directa, las entrevistas, los trabajos de grupo, la consulta de registros y documentos, la realización de encuestas, etc. Cada una de ellas de acuerdo con su propio protocolo.
- Fase de tratamiento y elaboración: En esta fase se trata de transformar los datos en información. Los cuantitativos se convertirán en información comprensible mediante apoyo informático y tratamiento estadístico, elaborando indicadores y representándolos gráficamente para una mejor lectura. Los datos cualitativos, por su parte, requerirán de un procedimiento basado en el manejo sistemático, en la búsqueda reflexiva y en el esfuerzo de síntesis para descubrir lo realmente importante y enunciarlo con claridad.
- Fase de análisis e interpretación: A la vista de toda la información disponible, se trata, en esta fase, de analizarla e interpretarla, de establecer relaciones causales, de valorar diferencias entre la situación real y la deseada, de comparar los resultados con los de otras comunidades de referencia, etc.
- Fase de conclusiones: Consiste, básicamente, en una descripción de la situación de salud de la comunidad (con el enunciado de sus principales problemas y necesidades), así como de los

factores que influyen positiva o negativamente sobre la misma para, a partir de dichas conclusiones, establecer prioridades y formular objetivos de mejora.

Con independencia de esta metodología general, cada uno de los instrumentos de medida que se utilicen (encuestas, métodos grupales, indicadores etc.) requiere el empleo de procesos específicos, no siempre coincidentes en el tiempo con cada una de las fases del procedimiento común.

Métodos e instrumentos para medir la salud

Los métodos y procedimientos para el estudio de la situación de salud en una comunidad son relativamente numerosos. Con carácter general se pueden clasificar en métodos cuantitativos y métodos cualitativos:

- Métodos cuantitativos: Son los que más se han utilizado tradicionalmente. Están basados en registros y fuentes documentales ya existentes, por lo que no generan una información nueva, sino que recopilan la que ya existe. Se trata, por tanto, de información objetiva que se presenta en forma de indicadores y datos estadísticos y a la que se le suele atribuir la cualidad de un mayor rigor científico. Sin embargo, los datos cuantitativos tienen el inconveniente de no recoger las necesidades sentidas por la población ni el amplio abanico de matices que en ocasiones requiere el análisis de una situación. Por otra parte, no siempre se dispone de registros suficientes y con garantías de fiabilidad para obtener todos los datos que se precisan a la hora de estudiar la salud de una comunidad.
- Métodos cualitativos: Son aquellos cuya fuente de información se basa fundamentalmente en la opinión de personas expertas o suficientemente conocedoras del tema en cuestión. Se utiliza, sobre todo, para generar información e ideas nuevas cuando los métodos cuantitativos no son suficientes para identificar los problemas, necesidades o factores determinantes de la salud. Algunos métodos o técnicas cualitativas se utilizan, no solo en

el diagnóstico de la situación, sino en el establecimiento de prioridades, en la formulación de objetivos o en cualquier otra fase del proceso de planificación que requiera un cierto grado de consenso entre expertos antes de explorar las distintas alternativas de intervención. Cualquiera que sea la técnica cualitativa que se emplee, es importante que los expertos invitados a participar sean elegidos, además de por sus conocimientos sobre el tema, atendiendo a criterios de máxima pluralidad respecto a tendencias y corrientes de opinión. Probablemente los resultados de dos grupos diferentes sobre un mismo asunto no serán estadísticamente iguales, pero si se emplea la técnica de modo correcto tiene el valor de una opinión cualificada sobre asuntos complejos cuyas características o matices no son posibles de valorar con métodos cuantitativos.

Además de la anterior clasificación, existen otras formas de clasificar los métodos y procedimientos para la identificación de problemas y necesidades de salud. Por ejemplo, Pineault y Daveluy (149) han preferido clasificarlos en: procedimientos por indicadores, procedimientos por encuesta y métodos de consenso.

Desde una perspectiva más amplia y atendiendo al procedimiento utilizado para obtener la información requerida, también es posible clasificarlos en: métodos de observación, técnicas de entrevista, procedimiento de encuesta, técnicas documentales, indicadores sanitarios y escalas de salud.

Dada la relevancia de su conocimiento los mismos se exponen a continuación:

Métodos de observación

La observación ha sido considerada como el método de investigación más antiguo y a la vez más actual en el campo de las ciencias sociales. Es el procedimiento utilizado en la vida diaria para obtener información

y adquirir conocimientos de lo que ocurre en nuestro entorno, aunque pocas veces lo hacemos de forma sistemática y ordenada.

Como técnica para la obtención de datos e información de una comunidad, la observación consiste, esencialmente, en observar a la gente ***in situ***, o sea, en su contexto real, donde desarrolla normalmente sus actividades, para captar aquellos aspectos que son más significativos de cara al fenómeno o hecho a investigar y para recopilar los datos que se estiman pertinentes. «La observación abarca también todo el ambiente (físico, social, cultural, etcétera) donde la gente desarrolla su vida» (150).

En el diagnóstico de salud de una comunidad, la observación es un instrumento indispensable en la fase preliminar del estudio, para tener una visión real y de conjunto del entorno físico y humano en el que se pretende llevar a cabo el trabajo investigativo. La observación metódica y controlada de las principales características del medio natural y social, visitando barrios y núcleos de población, zonas residenciales y marginales, lugares de ocio y tiempo libre, centros de trabajo, establecimientos públicos, colegios, industrias, sistemas de distribución de agua, disposición y eliminación de residuos, etc., así como la observación del ambiente social, de los modos de vida y de realidad humana en general, constituyen la base para una posterior profundización en el estudio de la situación de salud de una población y de los factores que la determinan.

La observación, no obstante, para que sea realmente útil, debe llevarse a cabo de forma ordenada y sistemática. Es recomendable seguir, al menos, los siguientes pasos:

- Definir, con carácter previo, el objetivo de la observación y su ámbito de aplicación. Es decir, saber qué queremos observar y con qué finalidad.
- Prever los recursos necesarios para llevar a cabo el trabajo de campo: relación de los aspectos que se pretenden observar,

mapas, planos, vehículo, relación de lugares claves (industrias, colegios, supermercados, depósitos de agua, vertederos, etcétera) y su localización, material para mediciones y registros (incluida cámara fotográfica y de vídeo), recursos humanos, personas de contacto, tiempo disponible, etcétera.

- Realizar el trabajo de observación, siguiendo las rutas previstas, de forma sistemática y controlada, pero al mismo tiempo con la flexibilidad suficiente para prestar atención a aquellos aspectos que, no estando previstos, pudieran parecer relevantes, de acuerdo con los objetivos. Todas las observaciones de interés deberán ser convenientemente registradas sobre la marcha con la ayuda de cuadernos de nota, cuadros, mapas, medios electrónicos, etc. En todo caso, se buscará el apoyo de personas conocedoras del medio, aprovechando la ocasión para integrarse en la comunidad y tratar de ganarse el apoyo de los grupos y líderes sociales que luego van a jugar un papel importante en la solución de los problemas.
- Una vez realizado el trabajo de campo, las observaciones deben ser analizadas (preferentemente por grupos de consenso) para obtener de ellas conclusiones válidas y fiables, que unidas a las obtenidas por otros procedimientos, permitan aproximarse con cierto rigor científico a la situación real de la comunidad en estudio.

El método de observación es particularmente útil a la hora de estudiar comunidades pequeñas o de tipo medio (barrios, municipios, zonas básicas de salud, áreas de salud, etcétera); en cambio, es menos operativo en el análisis de la situación de una región, de una comunidad autónoma o de todo un país.

Cuando se trata de un proceso de planificación de tipo institucional en el que interesa conocer, fundamentalmente, la situación interna de una organización (centro de salud, hospital, etcétera) la observación tiene como principal objetivo el reconocimiento del ambiente físico y humano

donde se va a llevar a cabo la acción planificadora: examinar ***in situ*** las condiciones en que se desarrolla la actividad del centro, el estado de las instalaciones, el funcionamiento de cada departamento, etc.; y sobre todo, será especialmente útil para tomar contacto con la gente, para conocer sus problemas y motivaciones, aspectos éstos que ningún planificador debe olvidar a la hora de tomar decisiones.

Técnicas de entrevista

En el transcurso del proceso de recogida de datos para el diagnóstico de salud de una comunidad, resulta especialmente conveniente recabar la información y la opinión de personas y grupos de la comunidad supuestamente bien informadas sobre los principales problemas y necesidades relacionadas con la salud de la población. Este tipo de información se puede obtener aplicando diversas técnicas entre ellas la entrevista. También se pueden conseguir por medio de encuestas o grupos de discusión.

Con la entrevista se pretende, de una parte, obtener datos válidos y utilizables de quienes tienen un buen conocimiento de la realidad en estudio y, por otra, recoger sus puntos de vista sobre los problemas y necesidades sentidos por la población.

Para evitar posibles sesgos, se recomienda entrevistar a personas de diferentes tendencias y puntos de vista.

En unos casos las entrevistas se llevarán a cabo con el ciudadano común de la calle, y en otras conviene entrevistar a personalidades de la vida pública con responsabilidades sociales, políticas, económicas, sindicales, culturales, etc. En el diagnóstico de salud de una comunidad pequeña (zona básica de salud, barrio, municipio o provincia) resulta particularmente importante recabar la opinión de líderes de asociaciones vecinales, portavoces de organizaciones de consumidores y usuarios, directivos de centros culturales y deportivos, representantes de agrupaciones políticas y sindicales, educadores, profesionales de

la información, entre otros. Dependiendo de las circunstancias de cada ocasión, la entrevista podrá tener un carácter más o menos formal y estar más o menos estructurada, pero en ningún caso debe ser una conversación improvisada. Hay que tener siempre en cuenta el objetivo que se persigue. Consecuentemente es indispensable llevar, como mínimo, una lista de cuestiones a investigar que puedan servirnos de guía.

Por último, la entrevista es una técnica que requiere de un cierto grado de habilidad, algunos de cuyos elementos básicos resumimos a continuación:

- Se debe abordar gradualmente al entrevistado, con cordialidad, generando un clima favorable a la colaboración. Hay que buscar el momento y el lugar más adecuado para la entrevista.
- Conviene formular las preguntas de acuerdo con el guion preestablecido, utilizando palabras sencillas y fácilmente comprensibles.
- Es importante actuar con espontaneidad y franqueza, evitando actitudes tecnócratas o dominantes.
- Se recomienda utilizar una actitud de escucha activa, mostrando interés por sus respuestas, manteniendo el contacto visual y realizando gestos afirmativos con la cabeza.
- El entrevistado se debe sentir cómodo. Se le permitirá que exprese libremente su punto de vista, ayudándole cuando sea necesario, pero sin influir en su respuesta. No se le debe rebatir ni dar prisas. Hay que dejar que concluya su relato sin interrupciones ni interpretaciones prematuras.
- Es necesario evitar cualquier elemento de distorsión o sesgo que pueda afectar a la veracidad de la información.
- Las respuestas deben ser registradas con la mayor exactitud posible, para su posterior análisis y elaboración de conclusiones.

çEncuestas

La encuesta es una técnica de uso común en ciencias sociales que emplea un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación, mediante los cuales se recogen y analizan una serie de datos de una muestra de casos representativa de una población o universo más amplio, del que se pretende explorar, describir, predecir y/o explicar una serie de características (151).

El procedimiento de la encuesta trata de producir información nueva de la población en estudio. Es especialmente útil para recabar datos sobre aquellos aspectos carentes de registros y, particularmente, para lograr información sobre problemas y necesidades sentidas por la población.

Los datos obtenidos por medio de encuestas, al tratarse éstas de autodeclaraciones acerca de sentimientos, actitudes y conductas –tanto en forma de entrevista como de cuestionarios autoadministrados– tienen un marcado carácter subjetivo; sin embargo, existen métodos de transformación de dichos datos que permiten convertirlos en cuantitativos con un amplio grado de fiabilidad. Por esta razón, hemos preferido dar a las encuestas un tratamiento diferenciado de los métodos cualitativos y cuantitativos.

Tipos de encuesta

En función del procedimiento utilizado para la recogida de los datos, se distinguen varios tipos de encuestas:

- Encuesta personal: Se lleva a cabo mediante una entrevista personal haciendo uso de un cuestionario estructurado o de un guion con las preguntas a formular. Es la que se utiliza con mayor frecuencia y la que tiene un índice de respuestas más elevada, aunque son las más costosas. Es necesario que la persona encargada de realizar la entrevista cuente con cierta formación y experiencia que le permitan aclarar las dudas del entrevistado sin influir en sus respuestas.

- Encuesta telefónica: En este caso, la entrevista se realiza por medio del teléfono. Requiere también cierta habilidad y experiencia por parte del encuestador. Es un método menos costoso, más cómodo y más rápido que la entrevista personal. Sin embargo, es poco recomendable para cuestionarios muy extensos o para aquellos que contengan preguntas excesivamente complejas.
- Encuesta por correo: Este método de encuesta implica la utilización de un servicio de correos o mensajería para hacer llegar la documentación a las personas elegidas como muestra. Requiere, necesariamente, conocer el domicilio del encuestado y el envío, junto con el cuestionario, de las instrucciones para su cumplimentación. Al no existir un entrevistador que pueda aclarar las dudas, el cuestionario debe ser sencillo y las preguntas fáciles de comprender.
- Encuesta en grupo: Consiste en pasar un cuestionario para su cumplimentación a un grupo de personas reunidas en un lugar determinado, lo cual permite dar explicaciones y aclarar dudas de forma colectiva. Es especialmente útil cuando existe la posibilidad de agrupamiento de los entrevistados. Su principal inconveniente está en que algunas personas encuestadas puedan ejercer influencia sobre las respuestas de otras.
- Encuesta vía Internet: Utiliza este medio informático para el envío del cuestionario y la obtención de respuestas. Es un método en fase de expansión, rápido, económico y más interactivo que el correo normal, por lo que resulta más fácil la aclaración de dudas. Su principal inconveniente consiste en que sólo se puede emplear con los usuarios de la red.

La elección del tipo de encuesta más adecuada en cada caso habrá de determinarse en función de las ventajas e inconvenientes de cada método, teniendo en cuenta aspectos como las características de la población, la información que se posea sobre ella, tiempo disponible para el estudio, tipo de cuestionario y complejidad de las preguntas, tamaño de la muestra, disponibilidad de recursos, naturaleza del tema, entre otros aspectos que se han de considerar.

Fuentes de información y técnicas documentales

Los registros de datos y la documentación clínica y administrativa del propio sistema de salud, así como la de otros sistemas relacionados, siguen siendo las fuentes más utilizadas en el estudio de la situación, tanto en el ámbito de la comunidad como de las organizaciones. La consulta de esos registros y fuentes documentales, aunque en ocasiones pecan de deficientes y poco fiables, continúan siendo indispensables para el planificador. Por este procedimiento se obtiene la mayor parte de la información cuantitativa utilizada en el diagnóstico de salud. Dada su importancia, casi todas las organizaciones de salud modernas, disponen en la actualidad de sistemas de información sanitaria como instrumento indispensable para el registro, recogida, tratamiento, análisis y transmisión de la información necesaria para dar apoyo a la planificación y gestión de la salud pública.

A la hora de compilar datos procedentes de estas fuentes, hay que tener en cuenta, en primer lugar, qué tipo de información se necesita, para qué y en qué registros o documentos se pueden obtener. La selección adecuada de los datos, es decir, de la representación, cuantificada o no, de las características de la realidad sobre la que se ha de intervenir, es el elemento básico de la producción de información (152). Se debe evitar, en lo posible, la búsqueda indiscriminada que podría conducir tanto a un ahogamiento de información innecesaria como a un resultado insuficiente para el fin que se persigue.

Una vez seleccionados los datos de utilidad real e identificadas las fuentes potenciales, se debe establecer la estrategia más apropiada para su recogida y procesamiento, teniendo en cuenta que, en ocasiones, puede resultar un trabajo sencillo (estadísticas ya elaboradas) y en otros muy laborioso y complicado (registros individualizados y dispersos).

Finalizado el trabajo de consulta y recogida de datos, éstos deben traducirse a indicadores de salud (porcentajes, tasas, ratios, etc.) que

permitan a los autores del estudio su interpretación y comparación con los indicadores de otras comunidades o estudios de referencia.

Los registros y fuentes documentales de utilidad en el diagnóstico de salud de una comunidad pueden ser muy diversos. En la tabla 13 se incluye una relación de los que se consideran más relevantes.

Tabla 13. Registros y fuentes documentales de utilidad.

REGISTROS DEMOGRÁFICOS
Censo de población. Padrón municipal de habitantes. Registro de sucesos demográficos (Registro Civil).
REGISTROS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD
Historias clínicas. Registro de enfermedades de declaración obligatoria. Encuestas de morbilidad hospitalaria. Censos o encuestas sobre discapacidades y minusvalías. Registros de morbilidad específicos (sida, cáncer, etc.). Registros de accidentes. Registros de mortalidad.
RECURSOS Y ACTIVIDADES ASISTENCIALES
Inventario de recursos materiales. Registro de recursos humanos. Presupuestos económicos y registros financieros. Registros de actividad asistencial. Listas de espera. Cartera de servicios.
REGISTROS DE SERVICIOS COMUNITARIOS
Registros de suministro de agua potable. Registros de servicios técnicos municipales. Registros de control medioambiental. Registros de transportes y comunicaciones. Registros e informes socioeconómicos. Registros de población desempleada. Registros de actividades empresariales. Encuestas de población activa. Censos de vivienda. Informes económicos de organismos públicos o privados. Informes sociales de instituciones diversas. Memorias anuales de administraciones públicas. Planes generales de ordenación urbana.

Fuente: Elaboración propia, con referente en Ramos (153).

Indicadores sanitarios

Los indicadores son medidas indirectas de una determinada realidad. Son, como se desprende de su propio nombre, el índice o reflejo de una situación.

Constituyen el instrumento de mayor uso en el diagnóstico de la situación en cualquier sistema de salud moderno (tanto desde la perspectiva comunitaria como organizacional); pero no solo son útiles en el proceso de planificación, sino que también lo son para la realización de análisis epidemiológicos y para la investigación. Por medio de los indicadores se pueden describir procesos biológicos, demográficos, sociales o económicos; sirven para establecer relaciones entre variables y valen, igualmente, para analizar la evolución de cualquier proceso.
Se debe destacar, que no existe una recomendación expresa del número y tipo de indicadores que se deben utilizar para un buen diagnóstico de salud. Todo dependerá del ámbito territorial en que éste se vaya a realizar (nivel local, comarcal, regional, etc.), del tiempo y de los recursos disponibles y del grado de precisión y fiabilidad que se quiera obtener. Se cree que es preferible un número de indicadores reducido, pero específicos y bien elegidos a una cifra excesivamente alta, difícil de manejar y quizá poco relevante.

Cualesquiera que sean, no obstante, los indicadores que se empleen, deben reunir unos requisitos mínimos que exponemos seguidamente (154)

- Ser válidos, es decir, ser representativos de la variable que se pretende medir.
- Ser factibles, esto es, que se puedan obtener, en la práctica, con los datos disponibles.
- Ser objetivos, o sea, producir el mismo resultado, aunque la medición haya sido realizada por distintas personas, siempre en circunstancias análogas.
- Ser sensibles, con capacidad de captar los cambios ocurridos.

- Ser simples en su elaboración, lectura y comprensión.
- Ser específicos, es decir, reflejar solo los cambios ocurridos en la situación que se trate.
- Ser universales y de aceptación general.

Tipos de indicadores

Los indicadores de uso más común en un diagnóstico de salud pueden ser clasificados de muy diversas maneras, las más frecuentes son:

Según el aspecto de la salud que pretendan medir

- Indicadores positivos: que miden la salud propiamente dicha, en sentido positivo (p. ej. capacidad funcional, grado de bienestar, calidad de vida).
- Indicadores negativos: que miden la ausencia total o parcial de salud (p. ej. mortalidad y morbilidad).
- Indicadores indirectos: que miden los factores determinantes de la salud (p. ej. factores ambientales o socioeconómicos).

Dependiendo del papel que el factor juega en la relación hombre-medio:

- Indicadores de exposición: que miden los factores de riesgo a los que está sometida la población (p. ej. contaminación ambiental, riesgos laborales).
- Indicadores de protección: que tratan de medir los factores utilizados por la comunidad para fomentar y proteger su salud (p. ej. recursos sanitarios, hábitos saludables, etcétera).
- Indicadores de resultados: miden, en términos de mayor o menor nivel de salud, el producto final de la relación entre los factores de exposición y los de protección (p. ej. bienestar, morbilidad, etcétera).

En relación con el aspecto del sistema que se pretenda estudiar

- Indicadores demográficos: que miden los fenómenos relacionados con la estructura y dinámica de la población.

- Indicadores del medio físico: tratan de valorar los aspectos medioambientales como el agua, el aire, el ruido, los residuos, etc.
- Indicadores sociales: que incluyen la medición de los aspectos culturales de la población (instrucción de la población, valores culturales prevalentes), de los problemas sociales presentes en la comunidad (violencia, tráfico de drogas), de los recursos de apoyo social (centros culturales, organizaciones comunitarias, actividades de ocio, etcétera), entre otros.
- Indicadores económicos: abarcan aquellos factores económicos que puedan tener relación directa con la salud y la calidad de vida: población activa, desempleo, sectores de producción, renta per cápita, etcétera.
- Indicadores de atención a la salud: buscan cuantificar los factores relacionados con las prestaciones asistenciales, particularmente los recursos materiales y humanos existentes, la prestación real de servicios y la utilización que de los mismos hace la población.
- Indicadores del estado de salud: tienen por finalidad medir el nivel de salud propiamente dicha de la población, tanto en su vertiente positiva (bienestar, calidad de vida, etcétera) como en su dimensión negativa de pérdida parcial (morbilidad) o de pérdida total (mortalidad).

Relacionado, fundamentalmente, con el análisis de la situación en centros asistenciales:

- Indicadores de la estructura: incluye recursos humanos, materiales y financieros necesarios para llevar a cabo la función asignada.
- Indicadores del proceso: trata de estudiar la dinámica interna de la organización, el uso de los recursos, el cumplimiento de las normas, la utilización de procedimientos, etcétera.
- Indicadores del producto: mide el resultado final del proceso asistencial: estado de salud, nivel de satisfacción, fallecimientos, etcétera.

Escalas para medir la salud

La necesidad de contar con indicadores capaces de medir la salud en términos positivos y desde una concepción amplia que incluya su dimensión, no sólo física, sino mental y social, ha dado lugar, en los últimos años, a la aparición de un gran número de escalas de medida de la salud y de la calidad de vida. La mayoría de ellas basadas en las encuestas como método para la obtención de datos. A través de estas escalas, consideradas también indicadores subjetivos, se evalúan componentes de la salud como bienestar, dolor, angustia, frustración, apoyo social, etcétera. En general, tratan de medir la salud, o los problemas de salud, tal y como los percibe el propio individuo. Aunque su uso es aún muy limitado, este tipo de indicadores o escalas tienden a modificar profundamente los métodos tradicionales de medición de la salud.

Bowling (155) en una amplia revisión del tema, describe más de cincuenta de estas escalas de medidas, clasificadas en cinco grandes grupos:

1. Medidas generales del estado de salud: Que tratan de cuantificar el estado de salud percibida o subjetiva de la persona encuestada. Los cuestionarios pueden ir desde una sola pregunta en la que se pide al encuestado que califique su salud como muy buena, buena, regular o mala, hasta baterías de más de cien ítems sobre su percepción de bienestar físico, social o emocional. Entre ellas: el perfil de salud de Nottingham, el índice de salud de MacMáster, las baterías del estudio de los seguros sanitarios de Rand, o el Índice de calidad de vida de Spitzer.
2. Medidas de la capacidad funcional: Utilizadas para valorar el nivel de funcionamiento e independencia de las personas. La mayoría de los cuestionarios tratan de recoger datos sobre capacidad de movilidad, autocuidado y actividades de la vida diaria. En este caso, algunos datos se obtienen mediante la observación. Ejemplo de estas escalas de medida son: el cuestionario multidimensional OARS de evaluación funcional, el índi-

ce de actividades de la vida diaria (AVD), la escala de la calidad del bienestar, el procedimiento de evaluación de los ancianos (CAPE), etc.

3. Medidas del bienestar psicológico: Dedicadas a la detección de alteraciones mentales comunes como la ansiedad, depresión, demencia o confusión mental. Estos cuestionarios suelen incluir ítems sobre los síntomas más frecuentes de este tipo de trastornos, tales como tristeza, desánimo, dificultad para concentrarse, tensión interior, pensamientos suicidas, disminución del sueño, etc. Algunos de estos procedimientos de medida son: la escala de autovaloración de la depresión de Zung, la escala de valoración de la depresión de Montgomery-Asberg, la escala de síntomas de ansiedad y depresión y la escala corta de confusión mental.
4. Medidas de las redes de apoyo social: Que tratan de evaluar la cadena de relaciones sociales que rodean al individuo, las características de estos enlaces y el grado en que satisfacen sus necesidades. Los ítems suelen incluir datos sobre el tamaño de la red social y la frecuencia de contactos, así como tipos de apoyo social: emocional, instrumental, etc. Algunos ejemplos: el inventario de conductas de apoyo social, el formulario de encuestas de apoyo social de Arizona, el apoyo social percibido de familiares y amigos, la escala de la red social, etcétera.
5. Medidas de la satisfacción y el estado de ánimo: Constituyen un intento de valorar el grado de bienestar en relación con la felicidad, la satisfacción en la vida y el estado de ánimo, basándose en los sentimientos manifestados por los encuestados. Los ítems pueden tener niveles de complejidad muy diferentes. Entre este tipo de escalas se encuentran: la escala de equilibrio afectivo, la escala de bienestar general psicológico, la escala de autoestima y la escala de auto concepto de Tennessee. Algunos de estos instrumentos de medida se emplean tanto de forma individualizada como poblacional.

También se han utilizado, recientemente, indicadores poblacionales que combinan los datos de estadísticas de mortalidad con las mediciones de salud o con discapacidad funcional. Estas escalas de medida tratan de combinar los datos sobre la duración de la vida con indicadores poblacionales aproximados a la calidad de vida relacionada con la salud (156).

Para concluir, es preciso aclarar que la precedente clasificación de métodos para el análisis de la situación de salud tiene una finalidad fundamentalmente didáctica, ya que, en la práctica, para llegar a conclusiones válidas, se suelen utilizar diversos métodos e instrumentos de forma simultánea.

En definitiva, se trata de llegar a conclusiones útiles y fiables, mediante el empleo de todos los métodos disponibles, tanto cuantitativos como cualitativos.

Un diagnóstico de salud de una comunidad basado únicamente en la opinión subjetiva de los usuarios sería tan poco representativo de la realidad como otro análisis fundamentado solo en la interpretación que los profesionales hagan de los datos cuantitativos.

1RA EDICIÓN

CUIDADOS HUMANOS

COMO EJE DE LA ENFERMERÍA COMUNITARIA

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

MAWIL
Publicaciones Impresas
y Digitales

1. Heidegger M. El ser y el tiempo Madrid: Trotta; 2003.
2. Watson J. Nursing: The Philosophy and Science of Caring, Revised Edition. Colorado: University Press of Colorado; 2008.
3. Vélez C, Venegas J. El cuidado en enfermería, perspectiva fenomenológica. Hacia la promoción de la salud. 2011; 16(2): p. 175-189.
4. Swanson K. Nursing as informed caring for the well being of others. The journal of nursing scholarship. 1993; 24(4): p. 352-357.
5. Collière F. Promover la vida. 2da. edición. Madrid: Interamericana McGraw-Hill; 2009.
6. Buitrago L. Desarrollo histórico de la enfermería. Cultura del cuidado. Enfermería. 2009; 6(2): p. 27-36.
7. Ordóñez H, Ordóñez M, Cango W, Álvarez A, Chávez P, Lojan S. Historia y contemporaneidad de enfermería. Aportes filosóficos, éticos, legales y de género. Guayaquil-Ecuador: CIDE Editorial; 2021.
8. Pons S. Breve estudio sobre la historia de la enfermería. De 1950 a la actualidad. Trabajo de fin de grado. Enfermería. Universidad de Alicante; 2017.
9. Moreno Y, Fajardo M, Ibarra A, Restrepo S. Cronología de la profesionalización de la enfermería. Revista Logos, Ciencia & Tecnología. 2017; 9(2): p. 64-90.
10. Almeida M, Gama P, Aguado M, Gómez S, Pina P. El modelo teórico enfermero de Florence Nightingale: una transmisión de conocimientos. Rev Gaúcha Enferm. 2021;(42): p. e20200228 doi: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200228.
11. Bellido J, Ríos A, Fernández S. Modelo de cuidados de Virginia Henderson. In Bellido J, Lendínez J. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN. España: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010. p. 17-33.

12. Prado L, González M, Paz N, Romero K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Gac Méd Espirit [online]. 2014; 14(5): p. 835-845.

13. Lozano R. Manual CTO de Enfermería: Grupo CTO; 2018.

14. Mena D, González V, Cervera A, Salas P, Orts M. Cuidados básicos de enfermería: Publicacions de la Universitat Jaume I és una editorial membre de l'une; 2016.

15. Correa E, Verde E, Rivas J. Valoración de enfermería basada en la filosofía de Virginia Henderson. México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2016.

16. Tobón O, García C. Fundamentos teóricos y metodológicos para el trabajo comunitario en Salud. 1st ed. Manizales-Colombia: Universidad de Caldas. Centro Editorial Universidad de Caldas; 2004.

17. Organización Mundial de la Salud. Glosario de Términos de Promoción de la Salud. [Online].; 2001 [cited 2022 agosto 06. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;j sessionid=F1A51668C6D-78085735778F0DA17BFD0?sequence=1.

18. Montero M. Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos. Buenos Aires: Paidós; 2005.

19. Archer S, Fleshman R. Enfermería de salud comunitaria. Modalidades y práctica. California: Organización Panamericana de la Salud; 1977.

20. Álvarez L, Del Castillo F, Fernández D, Muñoz M. Manual de Valoración de Patrones Funcionales. Documento en línea. Gijón-Asturias: Dirección de Enfermería de Atención Primaria, Área Sanitaria V; 2010.

21. Organización Panamericana de Salud. Boletín Epidemiológico. Volumen 20 Nro. 3. Documento en línea. Disponible en: https://www.paho.org/spanish/sha/be_v20n3-cover.htm; 1999.

22. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Instructivo para la Elaboración del Análisis Situacional Integral de Salud. Diagnóstico Situacional Metodología de Trabajo. Documento en Línea. Quito; 2014.

23. Cid M, Oca Md, Hernández O. La familia en el cuidado de la salud. Méd Electrón [revista en la Internet]. 2014; 36(4): p. 463-472. Disponible en: http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20 medica/ano%202014/vol4%20.

24. Organización Mundial de la Salud. La familia y la salud en el contexto del décimo aniversario del Año Internacional de la Familia. [Online].; 2004 [cited 2022 Julio 29. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/21848.

25. Organización Mundial de la Salud. Índices estadísticos de la salud de la familia. Informe de un Comité de Expertos. (Serie de Informes Técnicos; No. 587). Ginebra. [Online].; 1975 [cited 2022 Julio 30. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/40938.

26. Forttes B. Diplomado de Gerontología a distancia. Programa para el adulto mayor. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2004.

27. Oliva E, Villa V. Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. Justicia Juris [revista en la Internet]. 2014; 10(1): p. 11-20. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/jusju/v10n 1/v10n1.

28. Ares P. Psicología de la familia. Una aproximación a su estudio. La Habana: Editorial Félix Varela; 2002.

29. Von Bertalanffy L. Teoría general de los sistemas. México: Fondo de Cultura Económica; 1991.

30. Martínez C. Salud familiar. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2001.

31. Watzlawick P. Teoría de la comunicación humana. 5th ed. Barcelona-España: Herder; 1995.

32. Ackerman N. Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. 2nd ed. Buenos Aires: Ediciones Hormé; 1966.

33. Placeres J, Olver D, Rosero G, Urgilés R, Abdala-Jalil S. La familia homoparental en la realidad y la diversidad familiar actual. Rev Méd Electrón [Internet]. 2017; 39(2): p. 361-369. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v39n2/rme220217.pdf.

34. De la Fuente R. Psicología Médica. México: Fondo de Cultura Económica; 2004.

35. Pérez R, Carbonell R, Alba D. Papel de la familia en el fortalecimiento de la salud familiar. EF Deportes.com. [Internet]. 2014; 19(198).

36. Organización Panamericana de la Salud. La familia y la salud. [Online].; 2003 [cited 2022 Agosto 2. Available from: http://cidbimena.desastres.hn/filemgmt/files/DiaInternacionaldelasFamilias.pdf.

37. Lagoueyte M. El cuidado de enfermería a los grupos humanos. Univ Ind Santander Salud. 2015; 47(2): p. 209-213.

38. Canga A. Hacia una familia cuidadora sostenible. Anales Sist Sanit Navarra. 2013; 36(3): p. 383-386. doi: http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272013000300003.

39. Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). Servir a la comunidad y garantizar la calidad. Enfermeras al frente de la atención primaria en salud APS). [Online].; 2017 [cited 2022 Agosto 1. Available from: https://silo.tips/queue/servir-a-la-comunidad-y-garantizar-la-calidad-las-enfermeras-al-frente-de-la-ate?&queue_id=-1&v=1659452835&u=MTkwLjE1My44MC4xMjY=.

40. Friedemann M. The Framework of systemic organization. A conceptual approach to families and nursing USA: Sage Publications; 1995.

41. Amaya P. Familia de ancianos y escolares del sector de la Estrella. Bogotá: Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia; 1992.

42. Horwitz N, Florenzano R, Ringeling I. Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria. Bol Of Sanit Panam. 1985; 98(2): p. 144-155.

43. Louro I. Modelo de salud del grupo familiar. Rev Cubana Salud Pública. 2005; 31(4): p. 332-337.

44. Lask B. Family therapy. British Medical Journal. 1987;(294): p. 203-204.

45. Osuna A. Epidemiología. 2nd ed. Caracas: Fondo Editorial de la Escuela de Salud Pública, Universidad Central de Venezuela; 1973.

46. Elkin I. A course in Epidemiology. New York: Pergamon Press; 1961.

47. CESCA. Los sistemas de registro en la atención primaria de salud. Madrid: Díaz de Santos; 1987.

48. Porta M. A Dictionary of Epidemiology. 5th ed. Oxford New York: Oxford University Press, Inc.; 2008.

49. Ortiz Z, Esandi ME, Bortman M. Epidemiología básica y vigilancia de la salud. Módulo No. 3: Cuantificación de los problemas de salud. 2nd ed.: OPS/OMS; 2004.

50. Parra S. Modelos alternativos para el análisis de la obesidad como problema de salud pública. In Revista de Salud Pública. Volumen 33, No. 3. Brasil.: Universidad de Säo Paulo, Facultad de Salud Pública.; 1999.

51. Manual de epidemiología comunitaria. [Online]; 1997 [cited 2022 Agosto 4. Available from: https://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/manual.pdf.

52. González L, Hersch P. Aportes para la construcción del perfil epidemiológico sociocultural de una población rural. Salud Pública. 1994; 35(4): p. 393-402.

53. Rodríguez A. La importancia del legado de John Snow para la epidemiología. Rev Soc Med Quir Hosp Emerg Pérez de León. 2005; 36(1-2): p. 3-4. Disponible en: file:///C:/Users/Janitis/Downloads/Vz-mq051-2-02_snow.pdf.

54. Susser N. Conceptos y estrategias en epidemiología. México D.F.: Fondo de Cultura Económica; 1991.

55. Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud en la región de las Américas. [Online].; 2007 [cited 2022 Agodto 5. Available from: https://www3.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=determinantes-sociales-de-la-salud&lang=es#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,la%20vida%20cotidiana%20(%201%20).

56. World Health Organization. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva. [Online].; 2010 [cited 2022 Agosto 5. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44489/9789241500852_eng.pdf;jsessionid=1AE06F5A0D64A3469C9C82943FBDD279?sequence=1.

57. Kickbusch I. The political determinants of health-10 years on. BMJ. 2015; 350(81): p. 5. doi: 10.1136/bmj.h81.

58. Mackenbach J. Political determinants of health. European Journal of Public Health. 2014; 24(1): p. 2. doi: 10.1093/eurpub/ckt183..

59. Organización Panamericana de la Salud. Vigilancia Epidemiológica Basada en la Comunidad. [Online]; 2012 [cited 2022 Agosto 6. Available from: https://www3.paho.org/col/index.php?option=-

com_content&view=article&id=1753:vigilancia-epidemiologica-basada-en-comunidad-una-accion-clave-en-la-respuesta-a-situaciones-de-emergencias-y-desastres&Itemid=361#:~:text=La%20Vigilancia%20Epidemiol%C3%B3gica%20.

60. OMS/UNICEF. Atención primaria de salud: informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1978.

61. OPS/OMS. Salud para todos en el año 2000. Estrategias. Documento Oficial No. 173. Washington, D. C.: Documento Oficial No. 173. ; 1980.

62. Kroeger A, Luna R. Atención primaria de salud. Principios y métodos. Segunda edición. México: Editorial Pax México, Librería Carlos Césarman, S.A.; 1992.

63. Pan American Health Organization. Revisión de las políticas de atención primaria de salud en América Latina y el Caribe. Washington, DC.: PAHO; 2003.

64. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Documento de Posición: Renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Washington, DC.: Disponible en: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion-Atencion-Primaria-Salud-Americas-OPS.pdf; 2007.

65. Fortuna M, Mishina M, Matumoto S, Pereira M. El trabajo en equipo en el programa de salud de la familia: reflexiones a partir de conceptos de un proceso grupal y grupos operativos. Rev. Latinoamericana de enfermería, Riberao Preto. 2005; 13(2): p. 262-268.

66. Rosales C, Valverde J. Trabajo en equipo en las instituciones de salud: Conceptos y herramientas para su desarrollo. Washington D.C.: OPS/OMS; 1998.

67. Martín A, Cano J, Agudo A. Atención primaria, conceptos, organización y práctica clínica. Tercera ed. Barcelona, España:

Mosby-Doyma Libros; 1995.

68. Peduzzi M. Equipo multiprofesional de salud: concepto y topología. Rev. Salud Pública. 2001; 35(1): p. 103-9.

69. Bennett S, McPake B, Mills A. The public/private mix debate in health care. In Bennett S, McPake B, Mills A, editors. Private Health providers in developing countries: serving the public interest? Londres: Zed Books; 1997.

70. Starfi B. Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología New York: Oxford University Press, Inc.; 1998.

71. Starfield B. Atención primaria: concepto, evaluación y política. New York: Oxford University Press; 1992.

72. C N, Baques T, Crespo A, Valverde I, Canela J. La opinión de los usuarios como oportunidad de mejora en atención primaria. Rev. Atención Primaria. 2005; 35(6): p. 290-294.

73. Osteria T, Ramos P, Mariñas O, Okamura J. Community Participation in the Delivery of Basic Health Services. Manila: De la Salle University; 1988.

74. Baicker K, Chandra A. Medicare spending, the physician workforce, and beneficiaries quality of care. Health Aff (Millwood); 2004. Suppl Web. Exclusives: W4-184-97.

75. Macinko J, Guanais F, Marinho F. An Evaluation of the Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazil, 1990-2002. Journal of Epidemiology and Community Health. 2006; 60(1): p. 13-19.

76. Grumbach K. The ramifications of specialty-dominated medicine. Health Aff (Millwood). 2002; 21(1): p. 155-7.

77. Gwatkin D, Bhuiya A, Victora C. Making health systems more equitable. Lancet. 2004; 364(9441): p. 1273-80.

78. Constitución de la República del Ecuador. Cap. II. Sección 7. Art. 32. 2008..

79. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS. Ecuador: Ministerio de Salud Pública; 2013.

80. Organización Panamericana de la Salud. Sistemas de salud basados en la atención primaria de salud: estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Serie: La renovación de la APS en las Américas No. 1. Washington, DC: : OPS; 2008.

81. World Health Organization. Working for health and growth: investing in the health workforce - High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. [Online]. Ginebra: OMS; 2016 [cited 2022 Agosto 12. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789241511308.

82. Morán L. La enfermería de práctica avanzada ¿qué es? y ¿qué podría ser en América Latina? Enfermería universitaria. 2017; 14(4): p. 219- 223.

83. Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). Definición y características de las funciones de la enfermera de atención directa/enfermería de práctica avanzada. [Online]; 2002 [cited 2022 agosto 19. Available from: https://international.aanp.org/Content/docs/ICN_APNdefinitionwithLogoSP.df.

84. World Health Organization. Global strategy on human resources for health: workforce 2030. [Online]; 2016 [cited 2022 Agosto 12. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf.

85. Organización Mundial de la Salud. Working together for Health Ginebra: OMS; 2006. Disponible en inglés: http://www.who.int/entity/whr/2006/whr06_en.pdf ?ua=1.

86. Chen L, Boufford J. Fatal flows-doctors on the move. N Engl J Med. 2005 Oct. 27; 353(17): p. 1850-2. doi: 10.1056/NEJMe058188.

87. Crisp N, Chen L. Global supply of health professionals. N Engl J Med. 2014; 370(23): p. 2247-8. Disponible en inglés: http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1111610.

88. Organización Panamericana de la Salud. PLISA Plataforma de Información en Salud para las América. Indicadores Básicos 2021. [Online]; 2021 [cited 2022 Agosto 12. Available from: https://www3.paho.org/data/index.php/es/.

89. World Health Organization. WHO Nursing and Midwifery Progress Report 2008 – 2012. Disponible en inglés: http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/NursingMidwiferyProgressReport.pdf ?ua=1 Ginebra: OMS; 2013.

90. Cassiani S, Zug K. Promoting the Advanced Nursing Practice role in Latin America. Rev. bras. enferm. 2014 Sep-Oct; 67(5): p. 673-674. Disponible en inglés: https://www.scielo.br/j/reben/a/HkGVfLt7ph5mQckTmgVpmny/?lang=en http://dx.doi.org/10.1590/0034-716.

91. Grau J. Enfermedades crónicas no transmisibles: un abordaje desde los factores psicosociales. Salud y Sociedad. 2016; 7(2): p. 138-166.

92. Organización Mundial de la Salud. The Global Burden of Disease; 2008.

93. Organización Panamericana de la Salud. Factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles en la Región de las Américas: Consideraciones para fortalecer la capacidad regulatoria. Documento técnico de referencia. REGULA; 2016.

94. Organización Mundial de la Salud (OMS). Hipertensión. [Online]; 2017 [cited 2022 agosto 6. Available from: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension.

95. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Diabetes. [Online]; 2019 [cited 2022 agosto 03. Available from: https://www.paho.org/es/temas/diabetes.

96. Fundación Española del Corazón (FEC). Cardiopatía Isquémica. [Online]; 2017 [cited 2022 agosto 05. Available from: https://fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/enfermedades-cardiovasculares/cardiopatia-isquemica.html.

97. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Enfermedades cardiovasculares. [Online]; 2018 [cited 2022 agosto 05. Available from: https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-cardiovasculares.

98. National Heart, Lung, and Blood Institute, NHLBI. ¿Qué es el asma? [Online]; 2019 [cited 2022 agosto 06. Available from: https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/asma.

99. Martínez N. Etiopatogenia, factores de riesgo y desencadenantes de asma. Neumología y Cirugía de Tórax. 2009; 68(S2): p. 98-109.

100. Mehta R, Kellum J, Shah S, Molitoris B, Ronco C, Warnock D, et al. Acute Kidney Injury Network. Acute Kidney Injury Network: report of an initiative to improve outcomes in acute kidney injury. Crit Care. 2007; 11(2): p. R31. doi: 10.1186/cc5713..

101. Gaínza F, Liaño F. Nefrología. Guías SEN. Actuación en el fracaso renal agudo. Sociedad Española de Nefrología. 2007; 27(3): p. 1-274.

102. Kidney International. KDIGO Clinical Practice Guideline for Acute Kidney Injury. [Online].; 2012 [cited 2022 agosto 04. Available from: https://kdigo.org/wp-content/uploads/2016/10/KDIGO-2012-AKI-Guideline-English.pdf.

103. Lucas C. Enfermedad renal crónica. In Lorenzo M, Fraile M, Macías J. Nefrología y Urología. 1st ed. Salamanca: Universidad de Salamanca; 2021.

104. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD-MBD Update Work Group. KDIGO 2017 Clinical Practice Guideline Update for the Diagnosis, Evaluation, Prevention, and Treatment of Chronic Kidney Disease-Mineral and Bone Disorder

(CKD-MBD). Kidney Int Suppl. 2017; 7(1): p. 1-59. doi: 10.1016/j.kisu.2017.04.001.

105. Vargas I. Marco para el cuidado de la salud en situaciones de enfermedad crónica. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. 2010; 12(1): p. 80-94.

106. Ramal J, Urday D, Ricapa M, Sánchez R, Cuba M. Abordaje de problemas crónicos en atención primaria mediante el modelo tareas orientadas a los procesos de cuidado (TOPIC). Rev Med Hered. 2020;(31): p. 193-200.

107. López S. Cuidados al paciente crónico adulto en atención primaria. In Ayudo D, Fernández E, Velasco E. Cuidados al paciente crónico y gestión de casos en enfermería. España: Ediciones Díaz de Santos; 2019. p. 1-29.

108. Sillas D, Jordán M. Autocuidado, elemento esencial en la práctica de enfermería. Desarrollo Cientif Enferm. 2011; 19(2): p. 67-69.

109. Minchan A, Vásquez B, Vásquez C. Promoción de la salud. Lima: Ministerio de Salud; 2017.

110. Ministerio de Salud de la Nación. Manual para el cuidado de personas con enfermedades crónicas no transmisibles: manejo integral en el primer nivel de atención: Argentina 2016. Ginebra: Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud, Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles; 2017.

111. Martin A, Ledesma A, Sans A. El modelo de atención primaria de salud: balance y perspectivas. Atención Primaria. 2013; 25(1): p. 48-58.

112. Posos M, Galindo E. Segundo catálogo nacional de planes de cuidados de enfermería. México: Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Dirección General de Calidad y Educación en Salud; 2013.

113. Secretaría de Salud. Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro. Guía de implantación. México; 2019.

114. Ministerio de Salud Pública. Establecimientos de salud amigos de la madre y del niño. [Online]; 2015 [cited 2022 agosto 09. Available from: https://www.salud.gob.ec/establecimientos-de- salud-amigos-de-la-madre-y-del-nino-esamyn/.

115. Vaca K, Jiménez A. Rol de enfermería en el cuidado y atención del parto humanizado. Revista Investigación y Desarrollo I-D. 2021; 14: p. 110-118.

116. Ramos A, Rodríguez F, Jordán M. Cuidados en el puerperio normal. In Lozano E, Pastrana V, Martínez J, Rodríguez F. Intervenciones en el embarazo, parto y puerperio. España: Editorial Formacion Continuada Logoss SL; 2018. p. 519- 545.

117. Reyes M, Casanova M, Guallpa D. Cuidados del bebé recién nacido sano. RECIMUNDO. 2020; 4(1): p. 390-402.

118. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Atención integral a la niñez. Manual. Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2018.

119. Márquez C, Rico M, Aragundez P. Los cuidados del cordón umbilical tras el nacimiento. Revista Enfermería Docente. 2017; (108): p. 45-49.

120. Muñoz A, Dalmau J. Alimentación del recién nacido sano. In Pediatría AEd. Protocolos de Neonatología; 2008. p. 39-46.

121. American Academy of Pediatrics. Pediatric Nutrition Handbook 6th ed: American Academy of Pediatric; 2009.

122. Temboury M. Composición de la leche humana. In la CdLMd. Lactancia Materna: guía para profesionales de la Asociación Española de Pediatría. España; 2004: p. 59-76.

123. De Antonio L. Lactancia materna: ventajas, técnica y problemas. Pediatr Integral. 2015; 19(4): p. 243-250.

124. Ministerio de Salud Pública. Lactancia Materna. [Online]. [cited 2022 agosto 10. Available from: https://www.salud.gob.ec/beneficios-de-la-lactancia-materna.

125. Castro F, Urbina O. Manual de enfermería en neonatología: Editorial Ciencias Médicas; 2007.

126. Gofin J, Gofin R. Essentials of global community health: Jones & Barlett Learning; 2010.

127. Restrepo O. Salud comunitaria: ¿concepto, realidad, sueño o utopía? Avances en Enfermería. 2003; 21(1): p. 49-61.

128. Cotonieto E, Rodríguez R. Salud comunitaria: Una revisión de los pilares, enfoques, instrumentos de intervención y su integración con la atención primaria. Journal of Negative & No Positive Results. 2021; 6(2): p. 393-410.

129. División de Ciencias de la Salud, Biológicas y Ambientales. Salud comunitaria. México; 2019.

130. Aitzber B, Nuin B, Sorarrain Y. Guía metodológica para el abordaje de la salud desde una perspectiva comunitaria. Departamento de Salud. Gobierno Vasco; 2016.

131. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud. Informe de la Secretaría. 54ª Asamblea Mundial de la Salud; 2001.

132. Ministerio de la Salud de Brasil. Promoción de la salud. Enfoques del tema. Secretaría de Vigilancia de la Salude; 2021.

133. Beldarraín E. Henry E. Sigerist y la medicina social occidental. Rev Cubana Salud Pública. 2002; 28(1): p. 62-70.

134. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Una Conferencia Internacional sobre la promoción de la salud. Canadá; 1986.

135. Naciones Unidad. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2015. Nueva York; 2015.

136. Coronel J, Marzo N. La promoción de la salud: evolución y retos en América Latina. MEDISAN. 2017; 21(7): p. 926-932.

137. Organización Panamericana de la Salud. Documento conceptual: educación para la salud con enfoque integral. Concurso de experiencias significativas de promoción de la salud en la región de las Américas. Ámbitos: municipios, escuelas, universidades e instituciones de educación superior; s/f.

138. Zea L. La educación para la salud y la educación popular, una relación posible y necesaria. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2019; 37(2): p. 61-66.

139. Villa J, Ruiz E, Ferrer J. Antecedentes y concepto de educación para la salud. Documento de apoyo a las actividades de educación para la salud. Junta de Extremadura; 2006.

140. Pérez M. Metodología de educación para la salud. Rev Pediatr Aten Primaria. 2012;(21): p. 77-82.

141. Choque R. Comunicación y educación para la promoción de la salud. Lima; 2009.

142. González G. Comunicación en salud: conceptos y herramientas. Cuaderno de trabajo Argentina: Universidad Nacional de General Sarmiento; 2019.

143. Berman A, Snyder S, Glenora B. Fundamentos de Enfermería. Conceptos, proceso y prácticas España: Pearson Educación, S.A.; 2008.

144. Fernández S. La comunicación terapéutica: acompañando a la persona en el camino de la enfermedad. Panace@. 2016; 17(44): p. 111-114.

145. Valverde C. Comunicación terapéutica en enfermería España: Difusión Avances de Enfermería (DAE, S.L.); 2007.

146. Organización Mundial de la Salud. Medición del nivel de salud. Informe de un Grupo de Estudio. Ginebra: OMS; 1957.

147. Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos-49 ed. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. [Online]; 2020 [cited 2022 Agosto 18. Available from: https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-sp.pdf.

148. Hawe P, Degeling D, Hall J. Evaluación en promoción de la salud. Guía para trabajadores de la salud. Barcelona: Masson; 1993.

149. Pineault R, Daveluy C. La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias. Barcelona: Masson; 1987.

150. Ander-Egg E. Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad. México: Ed. Ateneo; 1986.

151. Rojas A, Fernández JS, Pérez C. Investigar mediante encuestas. Fundamentos teóricos y aspectos prácticos. Madrid: Ed. Síntesis; 1998.

152. Ramis O. Sistemas de información en salud pública. In Martínez F. Salud Pública. Madrid: McGraw-Hill. Interamericana; 1998.

153. Ramos E. Diagnóstico de salud de la comunidad: métodos y técnicas. [Online].; 2000 [cited 2022 Agosto 19. Available from: https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/786_psicologo_en_centros/material/diagnostico_de_salud_de_la_comunidad.pdf.

154. Organización Mundial de la Salud. Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000. Ginebra: OMS; 1981.

155. Bowling A. La medida de la salud: revisión de las escalas de medida de la calidad de vida. Barcelona: Masson; 1994.

156. Alonso J. Medidas de salud. In Del Llano J, Ortún V, Martín JM, Millán J, Gené J. Gestión sanitaria: Innovaciones y desafíos. Barcelona: Masson; 1999.

1RA EDICIÓN

CUIDADOS HUMANOS

COMO EJE DE LA ENFERMERÍA COMUNITARIA

Publicado en Ecuador
Noviembre 2022

Edición realizada desde el mes de febrero del 2022 hasta septiembre del año 2022, en los talleres Editoriales de MAWIL publicaciones impresas y digitales de la ciudad de Quito

Quito – Ecuador

Tiraje 50, Ejemplares, A5, 4 colores; Offset MBO
Tipografía: Helvetica LT Std; Bebas Neue; Times New Roman; en tipo fuente.

1RA EDICIÓN

CUIDADOS HUMANOS

COMO EJE DE LA ENFERMERÍA COMUNITARIA

Autores Investigadores

Elsa Josefina Albornoz Zamora
Marigina Guzmán
Yanetzi Loimig Arteaga Yánez
Neris Marina Ortega Guevara
Heriberto Enrique Luna Álvarez
María Auxiliadora Castillo Castillo
Ana Hilda Márquez de González
Cruz Xiomara Peraza de Aparicio
Ana Luisa Cañizales Jota
Nhaylett Yoskyra Zurita Barrios
Bianny Evita Zurita Barrios
Jonathan Gabriel Chuga Guamán
José David Salazar
Kevin Rafael Salvador Cortez
Wilson Del Salto Tapia
Francisco David Obando Ochoa

ISBN: 978-9942-622-00-6

© Reservados todos los derechos. La reproducción parcial o total queda estrictamente prohibida, sin la autorización expresa de los autores, bajo sanciones establecidas en las leyes, por cualquier medio o procedimiento.

CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.

CUIDADOS HUMANOS COMO EJE DE LA ENFERMERÍA EN LA SALUD