COMPONENTE ENFERMERO

COMPONENTE ENFERMERO

MAWIL
Publicaciones Impresas y Digitales

COMPONENTE ENFERMERO

1
EDICIÓN

Macías Rengifo Gloria Patricia
Loor Macías Amanda Patricia
Delgado Bernal Doris Susana
Bravo Bonoso Delia Georgina
Cedeño Macías Zoila Aidee
Briones Bermeo Narcisa Paulina
Zambrano Loor Liricis Yamara
Solórzano Solórzano Sidar Edgardo
Barreto Rosado Mirian Enrriqueta
Pincay Reyes Yomaira Estefanía

MAWIL
Publicaciones Impresas
y Digitales

1
EDICIÓN

COMPONENTE ENFERMERO

AUTORES

Macías Rengifo Gloria Patricia
Magister en Administración y Gerencia en los Servicios de Salud
Universidad Técnica de Manabí
amylanegrita2015@gmail.com

Loor Macías Amanda Patricia
Licenciada en Enfermería
Universidad Técnica de Manabí
amanda_loor80@hotmail.com

COLABORADORES

Delgado Bernal Doris Susana
Licenciada en Enfermería;
Magister en Gerencia en Salud
Universidad Estatal del Sur de Manabí;
Carrera de Enfermería
delgado.susana@hotmail.com

Bravo Bonoso Delia Georgina
Licenciada en Enfermería;
Magister en Emergencias Médicas
Universidad Estatal del Sur de Manabí;
Carrera de Enfermería
deliabravo85@hotmail.com

Cedeño Macías Zoila Aidee
Licenciada en Enfermería
Hospital Verdi Cevallos Balda
lcda.zoila2012@hotmail.com

Briones Bermeo Narcisa Paulina
Licenciada en Enfermería;
Magister en Emergencias Médicas
Universidad Técnica de Manabí
narpauli2011@hotmail.com

Zambrano Loor Liricis Yamara
Licenciada en Enfermería;
Magister en Emergencias Médicas
Universidad Técnica de Manabí
liricisyamara@hotmail.com

Solórzano Solórzano Sidar Edgardo
Abogado de los Juzgados y
Tribunales del Ecuador
Universidad Estatal del Sur de Manabí;
Carrera de Enfermería
sidarsolorzano@hotmail.com

Barreto Rosado Mirian Enrriqueta
Licenciada en Enfermería,
Magister en Gerencia en Salud
Universidad Técnica de Manabí
miriambarreto35@yahoo.com

Pincay Reyes Yomaira Estefanía
Egresada de la Carrera de Enfermería
Universidad Estatal del Sur de Manabí;
Carrera de Enfermería

1
EDICIÓN

COMPONENTE ENFERMERO

REVISORES

Rina Vanessa Quijije Díaz
Magister en Diseño Curricular;
Licenciada en Enfermería
Universidad de Guayaquil
rina.quijijed@ug.edu.ec

Crelia Mariana Tufiño Gavidia
Magister en Gerencia en Servicios de la Salud;
Especialista en Enfermería Pediátrica;
Licenciada en Enfermería
Universidad de Guayaquil
mariana.tufinog@ug.edu.ec

MAWIL
Publicaciones Impresas
y Digitales

DATOS DE CATALOGACIÓN

AUTORES:
Macías Rengifo Gloria Patricia
Loor Macías Amanda Patricia
Delgado Bernal Doris Susana
Bravo Bonoso Delia Georgina
Cedeño Macías Zoila Aidee
Briones Bermeo Narcisa Paulina
Zambrano Loor Liricis Yamara
Solórzano Solórzano Sidar Edgardo
Barreto Rosado Mirian Enrriqueta
Pincay Reyes Yomaira Estefanía

Título: Componente Enfermero

Descriptores: Ciencias médicas Enfermeria; Atención médica; Política de la salud

Edición: 1era

ISBN: 978-9942-787-77-4

Editorial: Mawil Publicaciones de Ecuador, 2020

Codigo UNESCO: 32 Ciencias Médicas; 3201 Ciencias Clínicas

Formato: 148 x 210 mm.

Páginas: 302

DOI: https://doi.org/10.26820/978-9942-787-77-4

MAWIL
Publicaciones Impresas
y Digitales

Texto para Docentes y Estudiantes Universitarios

El proyecto didáctico *Componente Enfermero*, es una obra colectiva creada por sus 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 General: MBA. Vanessa Pamela Quishpe Morocho Ing.
*Dirección Central MAWIL: Office 18 Center Avenue Caldwell; New Jersey # 07006
*Gerencia Editorial MAWIL-Ecuador: Aymara Galanton.
*Editor de Arte y Diseño: Lic. Eduardo Flores

ÍNDICE

COMPONENTE ENFERMERO

MAWIL
Publicaciones Impresas
y Digitales
www.mawil.us

Contenido

INTRODUCCIÓN 13

CAPÍTULO I
ENFERMERIA COMUNITARIA 19

CAPÍTULO II
DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD 39

CAPÍTULO III
LA ENFERMERÍA EN EL TRABAJO COMUNITARIO 85

CAPÍTULO IV
ADMINISTRACIÓN Y GERENCIA EN SALUD
EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION 119

CAPÍTULO V
EPIDEMIOLOGÍA 205

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 251

ANEXOS 259

INTRODUCCIÓN

COMPONENTE ENFERMERO

MAWIL
Publicaciones Impresas
y Digitales
www.mawil.us

El presente texto se ha elaborado con el propósito de que estudiantes y docentes que imparten de las escuelas de Enfermería de las universidades del Ecuador, tengan acceso a una herramienta de consulta, en la cual están inmersas temáticas de gran importancia, las autoras han transcrito sus experiencias obtenidas durante más de 30 años en el Ministerio de salud pública del Ecuador, obviamente utilizando en algunos casos bibliografías de textos y manuales del MSP los cuales no pueden ser modificados, estos son normas y técnicas administrativas de procedimientos para el equipo de salud, donde se indican paso a paso los protocolos y/o instrucciones que se deben aplicar en las diferentes situaciones de salud; se facilitaran las tareas de aplicación en la parte operativa y, en la cual el estudiante deberá adquirir experiencia; se ha tratado de resumir temas y subtemas para comprender y analizar conceptos, se aplican ejercicios matemáticos que darán resultados de indicadores de salud del primer nivel de atención en los programas del MSP.

La importancia de este texto para los estudiantes es el conocimiento sobre los diferentes programas del MSP - Ecuador, los mismos que deben ser aplicados en el primer nivel de atención; la prevención en el nivel primario es la de mayor importancia y, la exigencia de las actividades deben ser enfocadas en este aspecto, lo que significa menor costo, menos recursos y menores esfuerzos; en esta etapa se visualiza una variedad de acciones todas ellas con el propósito de promocionar con educación permanente el fomento a la salud individual y colectiva.

El texto abarca 3 apartados, el 1º. Aspectos relevantes y de aplicabilidad en la **enfermería comunitaria** con 3 unidades o subapartados donde se mencionarán las generalidades sobre las bases para el cuidado familiar y comunitario, trabajo en la comunidad urbana y rural y, el rol del profesional de enfermería en los programas MSP del ecuador.

En el 2º apartado se conocerán los aspectos básicos de la **Gerencia y Administración en general,** se diferenciara de la administración por niveles de atención; fundamentalmente en este acápite se presentaran todas las acciones técnicas administrativas que el profesional de enfermería debe aplicar en los programas de salud del primer nivel de atención, considerada la parte preven-

tiva y, es donde se deben ejecutar mayores acciones; conocerá población asignada con la cual debe involucrarse dentro de la planificación anual a todo el equipo de salud además de la intervención de representantes comunitarios, para la solución de problemas a mediano y corto plazo, debiendo trazarse objetivos y metas a efectuar dependiendo de las coberturas y el tiempo en las cuales se propone cumplirlas; de los resultados que se obtengan se deberán elaborar estrategias para mantener y/o mejorar la calidad de atención de salud; se reflejaran las acciones administrativas en la planificación, organización, dirección, control, monitoreo y evaluación de todas las acciones ejecutadas dependiendo de las normas que regule cada Distrito de salud.

En el 3er. apartado se presentará la parte de **epidemiologia**, que tiene mucha relación con los anteriores, este profesional debe conocer el ciclo epidémico de las morbimortalidades. Como antecedente el territorio ecuatoriano tiene un clima tropical que está considerado como caldo de cultivo para brotes de patologías que aún siguen siendo problemas de salud como el vector Aedes Aegypti que hasta ahora ha sido imposible erradicar, siendo este el que más incidencia tiene a nivel de la costa, si se previenen con acciones que ejecuta el personal de enfermería en el caso de su presencia con cercos epidemiológicos y, utilizando todas las técnicas, instrumentos y herramientas necesarias que el MSP mantiene como normas se pueden detener; pues en el caso de que se presentaren algunas de las ya erradicadas, esto se consideraría una alarma a nivel de OPS/OMS, aquí se aplicaran acciones inmediatas y la mayor intervención es de la parte de enfermería, por ello se considera de gran importancia estos 3 apartados para el estudiante.

Es necesario resaltar que parte de la información que se transcribe en este capítulo, es exactamente igual a como se presentan en los diferentes manuales de epidemiologia, los que han sido elaborados por personal altamente capacitado en el interior del MSP, son normas, políticas, estrategias y protocolos de atención que no pueden ser corregidos, mejorados u omitidos; si se aplicara cualquiera de las acciones anteriormente mencionadas se incurre en una falta grave sobre la información que debe conocer la población, especialmente quienes en algún momento serán miembros del equipo de salud.

Las tres asignaturas son de gran importancia en el profesional y tienen mucha interrelación; la enfermería comunitaria permite trabajar y alternar con grupos poblacionales, sean estos de cualquier nivel de atención, en ellos se presentan problemas epidemiológicos que son parte de las comunidades y, la administración que tiene que ver con todos los aspectos técnicos operativos y logísticos con que se debe planificar y actuar para cumplir con los objetivos y metas propuestas determinadas; ninguna de ellas puede estar aislada de la otra en el conocimiento y aplicación para el profesional de salud, específicamente enfermería.

CAPÍTULO I

ENFERMERÍA COMUNITARIA

MAWIL
Publicaciones Impresas
y Digitales
www.mawil.us

1.1. Objetivo

Al término del presente apartado el estudiante podrá definir las actividades, roles y funciones del profesional de enfermería en el área comunitaria, aplicando con habilidades y destrezas los diferentes programas de salud utilizando instrumentos de trabajo, normados por el ministerio de salud pública; asignando todo el empeño en sus labores determinadas y, evaluando los resultados en la ejecución de los mismos, así como su intervención profesional en cada uno de ellos.

1.2. Enfermeria Comunitaria

"Mejorar la calidad de vida de la población es un reto amplio que demanda la consolidación de los logros alcanzados mediante el fortalecimiento de políticas intersectoriales y la consolidación del sistema" (MSP, objetivo 3 Plan nacional del buen vivir, 2013)

Con este párrafo citado se está concibiendo que es una política de estado las acciones tendientes a mejorar la calidad de vida de la población ecuatoriana, quienes conforman los equipos de salud del primer nivel de atención deben enfocarse en el área de prevención. Tomando como referencia lo antes expuesto podemos decir que la Enfermería Comunitaria es una asignatura que se presenta como una dimensión importante de las distintas disciplinas del área salubrista que el Ministerio de Salud Pública del Ecuador tiene como misión. (publica, http://www.salud.gob.ec/valores-mision-vision/, 2015)

"Ejercer la rectoría, regulación, planificación, coordinación, control y gestión de la sanidad a los habitantes dentro del territorio ecuatoriano a través de la gobernanza y vigilancia, control sanitario y garantizar este derecho mediante la provisión de servicios de atención individual, prevención de enfermedades, promoción e igualdad de derechos en cuanto a salud se refiere".

1.3. Marco jurídico y ético para el ejercicio de la enfermería comunitaria

El estudiante deberá revisar la fuente de presentación de la ley del ejercicio

profesional de las enfermeras y enfermeros del ecuador; conformando grupos de trabajo, se procederá a dar lectura comprensiva a 5 hojas, de las cuales deberán reflexionar, comprender y analizar todo lo que indican en el marco jurídico; para ellos es de gran importancia saber el derecho y las prohibiciones que les faculta la profesión en los diferentes ámbitos de trabajo, lo que permitirá ejercer sus funciones con la claridad ética y legal que se les otorga. Anexo 1.

1.4. Definicion

La enfermería comunitaria se ocupa de las actividades relacionadas con la salud en el espacio comunitario, se visiona a beneficios de grupos poblacionales más amplios, mediante ello se hace referencia al trabajo que los profesionales de esta rama realizan para asegurarse que determinadas enfermedades no se expandan, que la higiene extra e intradomiciliaria se corrija o mantenga y que la salud familiar sea siempre segura.

En este ámbito el profesional de la salud debe aplicar roles, los cuales generalmente son ejecutados diariamente en sus actividades, entre ellos están los de defensora de los derechos a los usuarios, comunicadora permanentemente de las ofertas en los programas de salud y educadora sobre la forma de mantener la salud en los habitantes de las comunidades donde ejerce sus funciones, este profesional trabaja directamente con la comunidad transmitiendo la información y datos necesarios, oportunos y veraces con los cuales sería necesario intervenir para ejecutar acciones y así obtener resultados efectivos, en caso de que existan problemas salubristas.

1.5. Funciones y actividades de la enfermería comunitaria

Anteriormente se mencionaron los roles de enfermería, las funciones y actividades son diferentes, estás se ejecutan dependiendo del área de trabajo a las cuales están asignadas, afortunadamente este miembro de equipo de salud está preparado para las funciones asistenciales, administrativas, docentes e investigativas, lo que posiblemente ningún otro profesional en salud tenga conocimiento sobre estas labores, lo que hace tan importante el trabajo de este profesional en todos los niveles de atención en salud además de su intervención

en cualquier institución sea esta pública o privada.

1.6. Funciones Asistenciales

Se entiende por funciones asistenciales la atención directa que el profesional de enfermería brinda al usuario, independientemente del nivel en que se encuentre ejerciendo sus labores, esto es el cuidado de la salud personal enfocándose directamente en actividades de consulta externa en el primer nivel o interna segundo nivel de atención, dentro de las cuales hay diversidad de tareas que cumplir. En el primer nivel de atención como ejemplo, se deben realizar visitas domiciliarias a grupos de riesgo aplicando la ficha familiar del modelo de atención MAIS- FCI, (Modelo de atención integral en salud familiar, comunitaria e intercultural) en las cuales existe un sinnúmero de datos que dan como resultado indicadores de salud de nivel individual y comunitario poblacional. Anexo 2.

La atención primaria considerada el nivel básico de aplicación de los cuidados que se les brinda a los usuarios que asisten a los lugares más cercanos a su domicilio, sean estos centros o subcentros de salud con servicios específicos que favorecen a grupos etarios indistintamente de sexo, raza, religión, cultura o nacionalidad, incluyendo a personas con algún tipo de discapacidad y grupos denominados de riesgo.

Los servicios básicos que se desarrollan en los centros de salud y que son ejecutados por enfermería son los siguientes, no siendo estos la totalidad, posiblemente en el futuro el MSP realice y ejecute otras acciones y / o programas que cambien o elaboren otras nomas o actividades que deben establecer. Los siguientes son los programas que se ejecutan en el área preventiva del primer nivel de atención y que el profesional de enfermería tiene que cumplir:

- Programa de control de los desórdenes por deficiencia de yodo (DDI).
- Estrategia nacional de inmunización (ENI).
- Estrategia nacional de salud pública para VIH/SIDA/ITS.
- Encuesta nacional de salud y nutrición – ENSANUT.
- Atención integral por ciclos de vida.

- Detección e intervención temprana de los trastornos del desarrollo.
- Detección temprana y escolar de discapacidades auditivas.
- Disponibilidad asegurada de anticonceptivos – DAIA
- Programa nacional de sangre.
- TMN.
- Programa del adulto mayor.

El profesional de enfermería brinda la atención primaria en salud proporcionando vigilancia intramural 50/ 50, es decir las programaciones en las unidades de salud y en la parte comunitaria deben ser igualitarias, las acciones son de recuperación, promoción de la salud, cuidados paliativos y de rehabilitación, el objetivo principal es el cuidado a la salud a través de medidas de prevención para el control de riesgos en todo nivel.

Administrativas. Las acciones de administración se aplican en todos los niveles de atención, pero específicamente en el primer nivel se ejecutan sobre las necesidades de personal, equipos, materiales y los resultados de las acciones tendientes a mejorar la calidad de vida de la población aplicando los programas del MSP ecuador, es decir que de los indicadores de salud se impulsarían las gestiones de planificación, organización, dirección y control de las actividades programadas durante el año, en las cuales se fijan metas y objetivos, las que se deben evaluar cada periodo de tiempo. Un ejemplo seria monitorear las coberturas de vacunación en el menor de 1 año en el primer trimestre, analizar, tomar correcciones si es necesario y replantearse estrategias que ayuden a cumplir con las metas propuestas, de igual forma con el programa de tuberculosis y otros de los que se conocerán en el proceso de estadía del profesional en las áreas de salud preventivas.

Docentes. Debemos recordar que en los roles de enfermería está el de educador/a, esta labor está presente en todos los momentos de las tareas diarias, es lo que identifica a este miembro de equipo de salud, pero la parte de docencia específicamente para proveer conocimiento a grupos de estudiantes de tercer nivel es otra de las cualidades enfermeros, a pesar de que no es una generalidad de que guste esta acción, pero se reciben conocimientos para ejercerla de tal forma que, la mayoría de las docentes universitarias de las escuelas de enfer-

mería son profesionales en esta rama.

Investigativas. Otra característica más que distingue a este profesional de la salud, la investigación pasaría a ser una cualidad porque no todos pueden o saben ejecutarla, en todos los niveles de atención también surge la inquietud de investigar sobre algún problema de cualquier índole, y es en ese momento donde se inyecta la dosis de exploración sobre ciertos casos, de tal forma que este facultativo está en la obligación por decirlo así, de indagar y profundizar sus conocimientos de manera permanente lo que le permitirá mantener sus conocimientos actualizados. En el área de salud no todo está dicho, permanentemente surgen situaciones con las cuales se debe tratar y realizar las investigaciones lo que favorecerá el desarrollo profesional y el mejoramiento de la calidad de vida de las personas en forma individual y comunitaria.

1.7. El proceso enfermero aplicado a la comunidad

Desde la antigüedad el proceso de salud – enfermedad ha tenido etapas de transición a medida que el ser humano ha evolucionado en su hábitat, en la era paleolítica su estado lo atribuían a lo prodigioso en donde sus actores principales eran los hechiceros, posteriormente en Grecia surge la forma natural donde se concibe la salud como una necesidad para el ser humano, aquí se aplican los métodos clínicos, epidemiológicos y ambientales, estos llamados modelos de salud en esa época aunque acertadamente aplicados fueron muy difíciles de lograr sus propósitos y medir indicadores, posiblemente por la ausencia de planificación en este aspecto y tener una concepción somática fisiológica que se acercaba al concepto de salud enfermedad en donde los afectados eran sometidos a la exploración física, revisión de signos, síntomas y análisis varios, en el siglo XVIII se concibe la idea de que las enfermedades eran adquiridas psicológicamente, es decir que no se podía tocar o percibir, considerada hasta un poco irreal, llegando a un análisis psicológico y psiquiátrico.

Se entiende como proceso de enfermería a la integración de sistemas complejos en el que participan en igual medida el profesional de enfermería y el cliente externo e interno, es decir enfermeras y clientes se unen para formar un sistema en el cual se aplicara una atención en salud, las fases constituyen

las atapas de actuación que tienen carácter operativo. La preocupación más importante de quienes forman profesionales de enfermería es el reto de preparar estudiantes con una educación dirigida a la práctica en el mundo actual y en los años próximos, deben ser ayudados para que sean capaces de tratar más eficazmente no sólo en forma individualizada, sino también con poblaciones humanas en riesgo debido a la etapa en que se encuentran del ciclo vital, grupos vivos, ocupación, estilo de vida, necesidades comunitarias y de salud-enfermedad. (Hall & Weaber, 2001)

Para aplicar este método evidentemente que el profesional de enfermería debe tener implicación total y compromiso profesional, además de conocimiento y criterio científico, utilizará habilidades, destrezas, desempeño y actitudes que abalicen todas las acciones tendientes al mejoramiento, recuperación y / o mantenimiento de la salud de las personas, en forma colectiva, individual o comunitaria. La comunicación es imprescindible en todos los momentos de acción del personal de enfermería y, esta debe ser con todos los responsables e involucrados, los que corresponden aplicarse con valores éticos considerando todos los aspectos legales; se debe recordar que para ejecutar un proceso en cualquier nivel de atención se debe contar con la autorización firmada de las personas o persona a quien se ejecutara esta acción.

1.8. Definicion de proceso de enfermería

El término proceso significa que las acciones deben ejecutarse paso a paso en forma ordenada, es un método en donde se aplican las teorías argumentadas intraaulas y llevadas a la práctica real, este vocablo proviene del latín processum que significa pro= delante y cederé marchar, se considera un método donde se aplica la resolución de problemas en forma sistematizada y dinámica en el que se aplicaran cuidados de enfermería, considerado un mecanismo profesional donde se utilizan conocimientos y habilidades para realizar diagnósticos de los cuales se obtendrán respuestas a la problemática real o potencial de la sanidad.

El proceso de atención de enfermería (PAE) se ha elaborado con el propósito de que las acciones se realicen cumpliendo objetivos y metas formuladas en este contexto, si bien es cierto que el aún estudiante debe diagramar estas

acciones para tener una visión clara de lo que está realizando, el profesional en ejercicio de sus funciones no requiere de esta herramienta, porque los conocimientos adquiridos en el aula y la aplicación de estos en las áreas hospitalarias y comunitarias le dejaron claro cómo debe proceder en los momentos de la ejecución. Sería absurdo observar a un profesional en el momento de una emergencia utilizar una herramienta de trabajo para trazarse objetivos, tareas, actividades, plantear la razón científica, los resultados, evaluar y monitorear en un documento, todas ellas deben estar presentes en la actuación inmediata porque se entiende que durante el aprendizaje ya se conoce cómo se debe actuar ante una situación de cualquier magnitud y ámbito que se deba resolver.

1.9. El PAE

se lo puede comparar con otros métodos, con el propósito de que se tenga clara la concepción de la aplicación; quienes tienen la capacidad de ejecutar esta actividad en diferentes ámbitos de trabajo y niveles de atención, en las áreas preventiva, hospital básico, de especialidades y de urgencias médicas son los profesionales en enfermería, quienes con su capacidad, desempeño, destrezas y habilidades lo ejecutan sin ningún problema.

TAREA: En el siguiente cuadro se representan varios términos, el estudiante deberá analizarlos y elaborará un mapa conceptual sólo con el proceso de enfermería utilizando una patología cualquiera.

No.	Proceso de resolucion de problemas	Proceso de atencion en enfermeria	Metodo cientifico	Proceso Administrativo
1	Identificación de problemas	Identificación de necesidades	Investigación de área problema	Planeación
2	Recolección de datos	Diagnóstico de enfermería.	Investigación bibliográfica.	Investigación
3	Jerarquización de problemas identificados.	Planeación (objetivos y plan de acción)	Identificación del problema, elaboración de hipótesis.	Selección de alternativas.
4	Selección de alternativas según recursos.	Ejecución	Planeación de la investigación.	Organización.
5	Establecimiento de un plan	Evaluación.	Prueba previa ejecución.	Planeación de actividades.
6	Ejecución		Análisis de la información obtenida.	Ejecución.
7	Evaluación		Conclusiones y recomendaciones	Control.

1.10. Objetivos del proceso de atención en enfermería

- Cubrir las necesidades individuales, familiares y comunitarias en base a la información proporcionada.
- Identificar esas necesidades.
- Determinar prioridades conjuntamente con sus objetivos y resultados esperados.
- Establecer un plan de cuidados.
- Construir las actuaciones de enfermería.

1.11. Etapas del proceso de atención en enfermería

Este contiene algunas etapas, que aunque se estudian cada una de ellas por separado posee un carácter metodológico del cual no se puede obviar ninguna de ellas, las que deben ser abordadas en forma ordenada.

Primera etapa. Valoración. Es el primer paso en el PAE, ésta va muy ligada a la evaluación inicial, el profesional de enfermería debe plantearse el propósito de identificar problemas de salud que aqueja o presenta el usuario o paciente, ejemplo una persona que ha sufrido un accidente de tránsito presentando laceraciones en todas las partes del cuerpo, con abundante sangrado a nivel de cuero cabelludo, desorientado totalmente y con una fractura expuesta en miembro inferior izquierdo, este puede ser valorado como riesgo de traumatismo relacionado con la inmovilidad.

De la valoración acertada dependerán las acciones y tratamiento a ejecutarse en conjunto con el equipo de salud, siendo esto de vital importancia para la recuperación del afectado para que sea reinsertado a la sociedad y como parte del compromiso ético legal que juran los profesionales en la salud. Para realizar una valoración se deben cumplir con criterios entre los cuales están:

La historia de enfermería se debe realizar antes del examen físico, lo que permitirá al profesional establecer un vínculo con el afectado, familia o acompañante, los elementos de la historia son los siguientes:

1.12. Historia

- Estado de salud actual.
- Curso de la enfermedad incluyendo signos y síntomas.
- Manejo actual de la enfermedad.
- Anamnesis pasada incluyendo antecedentes familiares.
- Antecedentes sociales.
- Percepción de la enfermedad.

1.13. Examen psicológico y social

- La percepción del porqué de la valoración, lo que esperan de la atención que se les brinde.
- La valoración emocional es importantísima realizarla, toda persona que presenta problemas en su salud podría agudizar su estado si no sabe enfrentar y equilibrar sus emociones, hay que recordar que en ocasiones son más graves los complicaciones de salud creados por la hipocondría que los que realmente se observan.
- Se debe preguntar cuál es su estado social en salud, si es jubilado, seguro general, seguro voluntario o cualquier otro.
- Que afecciones en su salud física ha presentado o presenta. (salud general, patologías, sueño, peso, talla, alcoholismo, cigarrillos, drogas.
- Creencias religiosas.
- Grado de preparación escuela, colegio, universidad y otros.

Examen físico. Una valoración de enfermería debe ser integral, los signos se pueden observar, los síntomas son los sentidos por el afectado o enfermo, en la valoración también se emplean las técnicas que incluyen la inspección, palpación, auscultación y percusión, asociados estos con os signos vitales temperatura, presión arterial, frecuencia respiratoria y pulso, además de los exámenes que deben ser valorados.

Documentación de la valoración. Esta se encuentra en la historia clínica del paciente, actualmente estos datos son ingresados en los sistemas de información electrónicos de cada institución de salud, cada uno de ellos puede tener

uno diferente pero direccionados con el mismo propósito, de contar con toda la información requerida incluyendo los tratamientos médicos y farmacológicos, lo que facilita una intervención oportuna. También se debe realizar la escala de valoración del dolor, entre los cuales se presentan algunos tipos como: la escala verbal simple, la de categoría numérica, la analógica visual y la de expresión facial.

Segunda etapa. **Diagnóstico.** es la herramienta más importante con la que debe contar el profesional de enfermería, le permite comprender, analizar y ejecutar acciones para el tratamiento en las condiciones de salud en que se encuentra una persona, la familia o comunidad; es el resultado del análisis que se realiza enlistando y priorizando signos, síntomas y características que les permitirán identificar una situación determinada para actuar, en el momento de ejecutar esta etapa no hay que olvidar los antecedentes individuales, familiares y comunitarios.

Planificación: cuando se ha cumplido con el diagnóstico, que es una actividad muy compleja en donde el profesional debió examinar algunos instrumentos y herramientas que van desde la revisión y análisis de los componentes de la historia clínica, si él es caso hospitalario o de consulta externa y los problemas y/ o necesidades a nivel comunitario los que debieron ser socializados, abordados, analizados y priorizados por personas representativas de la comunidad, consecutivamente se realizará la planificación de actividades considerando algunos aspectos de los cuales no se pueden prescindir, entre ellos debe estar el cronograma de actividades y los siguientes componentes:

- Identificación de necesidades de salud.
- Elaboración de objetivos generales y específicos.
- Definicion del contenido de las actividades.
- Definir las estrategias metodológicas si el caso lo requiere.
- Disponibilidad del talento humano.
- Utilización de recursos, equipos y materiales.
- Evaluación.

A continuación se ejemplificara una planificación, es importante destacar que estas no son estáticas, siempre estarán sujetos a cambios por cualquier circunstancia o eventos imprevistos, lo importante es tener una guía para no perder alguna actividad o tarea

PLANIFICACION DE ACTIVIDAD

Fecha	Hora	Problema y/o hallazgo	Actividad	Objetivo	Evaluacion
12-07-2018	10H00	Hipertermia	Colocación de medios físicos.	Evitar un colapso neurológico.	Mediante la colocación de medios físicos se logra alcanzar la temperatura corporal adecuada en un tiempo de 2 horas.

Tercera etapa. Intervención. Continuando con el proceso, la siguiente etapa es la intervención de enfermería, en el ejemplo anterior se realiza solo con un problema y/o hallazgo, pero un usuario puede presentar múltiples molestias en su salud presentando signos y síntomas, entre las cuales se debe priorizar considerando la magnitud o gravedad del problema o hallazgo.

Cuarta etapa. Evaluación. Es una combinación entre los procedimientos, métodos y herramientas que se han utilizado a través de las cuales se puede comparar el estado inicial con el actual, en esta etapa está implícito el control y monitoreo de las situaciones de afección en la salud presentadas en el usuario, la evaluación debe ser antes, durante y después para tener una concepción acertada de los resultados sean estos positivos o negativos, cualquiera que sea el producto de la intervención de enfermería se considerará continuar con la actividad planteada, cambiar de estrategia o finalizarla intervención porque resulto positiva.

Existen algunos procesos que son aplicados en diferentes ámbitos, pero para enfermería solo es aplicable el de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) es una sociedad científica 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. A continuación una descripción comparativa de algunos de ellos.

1.14. Características del PAE

1. **Sistemático.** Está formado por un conjunto de etapas establecidas, las que siempre se presentaran entrelazadas (valoración, diagnostico, planificación, ejecución y evaluación)
2. **Cíclico.** Este proceso se desarrolla y culmina en sus cinco etapas, no puede dejarse una etapa sin ejecutar, si no se completa el ciclo su resultado no tendría validez alguna.
3. **Continuo**. El desarrollo de sus etapas es ininterrumpido, puede durar horas, días, semanas meses y hasta años, según sea la magnitud del caso.
4. **Dinámico.** Siempre está en constantes cambios, depende de la respuesta del enfermo.
5. **Flexible.** Se adapta a cualquier situación o cambio, dependiendo de las necesidades del afectado, familia o comunidad.
6. **Interactivo.** Para ejecutarlo se requiere de un equipo multidisciplinario además de los familiares del paciente.
7. **Realista**. El profesional de enfermería debe trazarse objetivos claros, precisos, coherentes, medibles y alcanzables a la realidad donde serán aplicados.
8. **Basado en evidencias.** Este se basa en criterios y razones científicas de salud, muy ligada en su aplicación con la investigación, aquí no existen las creencias, mitos, leyendas o supersticiones.
9. **Lenguaje universal**. Afortunadamente para el profesional de enfermería existe una referencia llamada taxonomía NNN, el NANDA que se basa en los diagnósticos, el NOC que son los resultados por objetivos y el NIC que son las intervenciones aplicadas todos ellos son desarrollados y aplicados con el mismo conocimiento a nivel internacional.
10. **Proceso sustentado en la base legal.** El profesional de enfermería cuando ejecuta acciones en el ejercicio de sus labores, tiene presente que todas ellas están sustentadas en una base legal, es decir que sus gestiones están presentes en el reglamento de aplicación de la ley del ejercicio profesional de las enfermeras y enfermeros del Ecuador, es por ello necesario e importante que se conozcan cada uno de los capítulos con sus respectivos artículos, para que se practique la profesión dentro

de los aspectos legales y éticos.

11. **Proceso intencionado**. Se fijan objetivos para brindar cuidados personalizados, hay que recordar que cada persona posee características distintas, como también indicadores de salud que debemos tener en cuenta al momento de aplicar un proceso, ejemplo sexo, talla, peso, patologías presentes entre otros, los que deben ser considerados en beneficio de quien lo requiera.
12. **Mesurable**. Al elaborar los objetivos ya estamos avizorando resultados, los que son medidos a corto, largo y muy largo plazo.

Importancia del PAE. Al aplicar el PAE se está promoviendo la interacción entre el profesional y el cliente, este proceso debe garantizar la calidad del cuidado que se otorgara, este a su vez está dando un impulso a que se realice una investigación sobre las causas y efectos que provocaron la patología y consecuencias que se podrían presentar, en caso de una intervención efectiva o errónea. El mismo hecho de ejecutar una investigación ya se está generando en el profesional una acreditación más a su perfil, este proceso también va a facilitar el control, monitoreo y evaluación de la situación real presentada, además de proporcionar la coordinación y comunicación entre los miembros del equipo para proceder en la atención precisa y acertada.

Para aplicar el PAE debemos considerar dos aspectos fundamentales, el primero que es un método científico el cual utiliza el profesional en su desempeño, porque maneja teorías que le darán la pauta para las ejecuciones requeridas y, como segundo el uso de instrumentos científicos que le permiten aplicar capacidades, habilidades y destrezas, en estas primeras están presentes el conocimiento, las técnicas y relaciones interpersonales, las que ayudan a reunir información para poder diagnosticar y brindar la atención requerida, consideradas respuestas humanas y visionándolos como problemas reales y potenciales. Aunque ya se mencionó en párrafos anteriores sobre la aplicación de las distintas etapas del proceso de enfermería, en este acápite se describirán en que consiste cada uno de ellos.

Valoración. Es el primer paso del método enfermero, la recolección de datos procede de diversas fuentes para poder analizar el estado de salud indi-

vidual, familiar o comunitaria, esta etapa es la base para la identificación del diagnóstico de enfermería, por lo tanto de ella se obtendrán el desarrollo de los resultados, la ejecución y la evaluación de las actividades del profesional.

- **Subjetivos**. Perspectiva individual de una situación o serie de acontecimientos.
- **Objetivos**. Información observable y mesurable, obtenida a través de los sentidos (vista, olfato, oído y tacto).
- **Históricos:** situaciones o acontecimientos ocurridos en el pasado referentes a patologías.
- **Actuales.** Sucesos relacionados a alguna patología que acontecen en el momento.

1.15. Fuentes de datos

- **Primarias.** Información obtenida directamente del cliente o usuario.
- **Secundarias**. Búsqueda de información entre las personas del entorno inmediato, del expediente clínico o miembros del equipo de salud.
- **Métodos de obtención de datos**. Entrevistas, exploración física, observación y patrones funcionales.
- **Características de la obtención de datos**. Esta puede presentarse como sistemática y continua.

Diagnóstico. Definicion. Exposición de un estado no deseable, el diagnostico de enfermería es distinta a la definición medica, este se debe elaborar mediante juicio crítico de las respuestas obtenidas de la persona, familia o comunidad, los proporcionan la base para la selección de prioridades en las intervenciones y poder alcanzar los objetivos propuestos, los diagnósticos de enfermería se clasifican en real, potencial o de riesgo, posible y de bienestar.

Real. Es el juicio clínico que se realiza mediante la valoración de un problema mediante signos y/o síntomas.

Potencial o de riesgo. Es el juicio clínico con el que podemos valorar a dos o más personas en una situación parecida donde unos son más vulnerables que

otros.

Posible. Las pruebas que se han realizado no están claras o existe confusión en los datos, o estas no fueron lo suficientemente bastas para determinar los factores causales, evidentemente que se necesitara de más ensayos para corroborar o rechazar el diagnostico.

De bienestar. Es la transición de un nivel de bienestar completo a uno más elevado, es un juicio clínico individual, familiar o comunitario.

1.16. Etapas para la formulación de un diagnóstico de enfermería

1. **Procesamiento de datos.** Para procesar los datos corresponde inicialmente clasificarlos, interpretarlos, comprenderlos y validarlos, la clasificación consiste en una información concreta que implica los sistemas corporales, los patrones de salud funcionales, y los datos anteriormente mencionados.
2. Para la interpretación el profesional de enfermería requiere de un amplio conocimiento científico, esto permite que obtenga indicios conocidos como datos subjetivos, los que habría que valorar y determinar, la parte deductiva juega un papel muy importante en este aspecto, es por eso que la pericia, practica, aptitud, capacidad, experiencia, competencias, habilidades y destrezas son características en el profesional para clasificar los datos obtenidos.
3. **Validación.** Para validar los datos se requiere de la investigación literaria, esto nos permite conocer, confirmar e interpretar los datos, evidentemente que a estas acciones va unida la interacción directa con el afectado, familiares, amigos y, siempre se debe consultar con otros profesionales para tener una sustentación basada con el criterio científico. Con los datos obtenidos el profesional de enfermería una vez que tiene los componentes y un diagnostico seguro, le corresponde escribir en el expediente o historia clínica del usuario, este documento se considera legal, es decir que cualquier situación que suceda y se transcriba queda registrado, es por eso que la información debe ser clara, precisa, legible, sin tachones, borrones ni enmendaduras, al ocurrir estas situaciones se

corre el riesgo de una demanda que podría iniciarla la parte perjudicada, en contra de quien lo ha realizado, en este caso el profesional de enfermería se vería involucrado lo que le ocasionaría serios problemas y, al no llegar a la solución del inconveniente ocasionado se expone a perder su trabajo.

1.17. Formulación de un diagnóstico de enfermería

Existen varias formas de expresarlos, pero en el sistema universal se utiliza la NANDA considerada una herramienta muy valiosa en la ayuda de los estudiantes y profesionales, les permite desarrollar los planes de cuidado desde cualquier aspecto sean estos individuales, comunitarios o familiares, se desarrollaran las competencias tendientes a explorar e interrelacionar acciones entre diagnósticos, resultados e intervenciones.

1.18. Componentes del diagnóstico de enfermería

- Enunciado del problema**.** Inicialmente se describe la dificultad, seguidamente su estado, el que debe ser claro y preciso para finalmente elaborarlos objetivos e intervenciones de enfermería.
- Etiología. Se conocen cuáles fueron las causas del problema o necesidad presentada, se actúa directamente para aliviar, mejorar o erradicar la dificultad presentada.
- Riesgo. Analizar todos aquellos aspectos que se consideren una posibilidad de daño parcial, total o permanente en cualquier situación presentada. Concibiendo estos aspectos se permite brindar a cada problema una atención individualizada.
- Características que lo definen. Cada situación a diagnosticar presenta una realidad diferente, en el ser humano son los signos y síntomas que indican la presencia de un problema determinado, en la familia y comunidad se determinarían como riesgo social y riesgo ambiental respectivamente, los cuales están determinados por indicadores de salud.

Para la formulación de un diagnóstico de enfermería Gordon plantea el formato PES, (Problema, etiología, signos y síntomas), los que se pueden relacio-

nar con un diagnostico real, potencial o posible, ya anteriormente mencionado. Entre los tipos de intervenciones de enfermería se encuentran los interdependientes que son los que definen las actividades realizadas en cooperación con otros miembros del equipo interviniente y, las independientes son aquellas en la cuales interviene solo el profesional de enfermería y las cuales se apoya con el NANDA.

CAPÍTULO II

DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD

MAWIL
Publicaciones Impresas
y Digitales
www.mawil.us

Al término del presente capitulo el estudiante podrá definir las principales determinantes sociales en la salud, aplicando habilidades y destrezas, utilizando instrumentos de trabajo, normados por el ministerio de salud pública; Serán capaz de realizar un diagnóstico situacional, asignando todo el empeño en sus labores determinadas y, evaluando los resultados en la ejecución de los mismos.

Determinantes sociales en salud. Se consideran las circunstancias del ciclo de cada una de las personas incluyendo su trabajo y envejecimiento contenidos en este gran sistema, estas situaciones son el resultado de la distribución monetaria, el poder y los recursos en todo nivel de las poblaciones mundiales, que dependen a su vez de las políticas adoptadas de cada uno de los gobiernos correspondientes. La OMS preocupada por las inequidades persistentes que cada día son mayores estableció en el 2005 la comisión sobre determinantes sociales en salud, quien debe ofrecer asesoramiento respecto a la manera de disminuirlos (OMS, http://www.who.int/social_determinants/es/, 2008); propone tres recomendaciones principales las que son, mejorar las condiciones de vida cotidiana, luchar contra la distribución desigual de poder, dinero, recursos y medición y análisis de problemas.

En el ecuador el Programa de Gobierno 2013-2017 plantea la desmercantilización del bienestar, la universalización de derechos, la recuperación del vínculo entre lo social y lo económico y la corresponsabilidad social, familiar y personal sobre la calidad de vida; la salud se plantea como un instrumento para alcanzar el Buen Vivir, mediante la profundización de esfuerzos en políticas de prevención y en la generación de un ambiente saludable; por su parte, la Revolución Urbana se establece desde el derecho a la ciudad y a su gestión democrática, así como desde la garantía de la función social y ambiental del suelo urbano y su equilibrio con lo rural, para el ejercicio pleno de la ciudadanía y la construcción de la vida colectiva. La calidad de vida empieza por el ejercicio pleno de los derechos del Buen Vivir: agua, alimentación, salud, educación y vivienda, como prerrequisito para lograr las condiciones y el fortalecimiento. (Alicia Bárcena, 2013)

La parte social se determina por la pobreza, ignorancia, grado de desarrollo

personal, nivel intelectual y cultural; el estilo de vida es el comportamiento determinado por las características personales, sociales, condiciones de vida las cuales tienen mucho que ver con las condiciones socios económicos y ambientales. Es necesario destacar que los determinantes sociales repercuten directamente en la salud de la población, estos también permiten predecir la mayor proporción de la varianza e inequidad sanitaria, además de que estructuran los comportamientos relacionados con la salud, interactuando mutuamente.

La esperanza de vida de un niño difiere enormemente en función de donde se haya nacido, en el Japón o en Suecia puede esperar vivir más de 80 años, en el Brasil 72, en la India 63 y en algún país africano menos de 50 años. Dentro de un mismo país, las diferencias con relación a la esperanza de vida son dramáticas y reflejan la situación mundial. Los más pobres de entre los pobres padecen elevados niveles de morbilidad y de mortalidad prematura. Pero la mala salud no afecta únicamente a los más desfavorecidos. En todos los países, con independencia de su nivel de ingresos, la salud y la enfermedad siguen un gradiente social: cuanto más baja es la situación socioeconómica, peor es el estado de salud.(Marmot., 2012)

En conclusión los determinantes de salud, son un conjunto de factores personales, sociales, políticos y ambientales que determinan el estado de salud de las personas y comunidades, en el medio ambiente se consideran dos factores, el físico y el social, en el físico encontramos lo macro donde se hallan el agua, alimentos, contaminación del aire, transporte etc.

De hecho existen algunas conductas que afectan nuestra salud y por ende serán estos los determinantes de salud que influirán en nuestras etapas de vida, sabemos que mientras somos jóvenes existe la gran posibilidad de que no tomemos en consideración algunos signos y síntomas que podrían estar indicándonos que algo no anda bien, en la idiosincrasia popular generalmente no se les da importancia, pero cuando estos surgen ya existe un problema de salud y la mayoría son efectos de los siguientes comportamientos:

Hábitos dietéticos. En la actualidad se practican hábitos dietéticos que no están orientados ni supervisados por un profesional, si estos no son aplica-

dos correctamente, con seguridad alteraran todo el sistema orgánico y de allí el inicio de patologías aunadas como, la anemia, malnutrición, avitaminosis con todas sus consecuencias, por lo contrario cuando hay exceso de ingesta alimentaria se presenta el sobrepeso y la obesidad, esta última que en los actuales momentos es considerada un problema de salud mundial llamándola obesidad mórbida, porque está por lo general tiene como consecuencias problemas arterioscleróticos, un alto porcentaje de diabetes.

En 2014, según las estimaciones unos 41 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso o eran obesos, si bien el sobrepeso y la obesidad se consideraban antes un problema propio de los países de ingresos altos, actualmente ambos trastornos aumentan en los países de ingresos bajos y medianos, en particular en los entornos urbanos, en África, el número de niños con sobrepeso u obesidad prácticamente se ha duplicado, de 5,4 millones en 1990 a 10,6 millones en 2014; en ese mismo año, cerca de la mitad de los niños menores de cinco años con sobrepeso u obesidad vivían en Asia.

A nivel mundial, el sobrepeso y la obesidad están vinculados con un mayor número de muertes, hay más personas obesas que con peso inferior al normal, ello ocurre en todas las regiones, excepto en partes de África subsahariana y Asia, las enfermedades cardiovasculares (principalmente las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares), que fueron la principal causa de muertes en 2012;la diabetes; los trastornos del aparato locomotor (en especial la osteoartritis, una enfermedad degenerativa de las articulaciones muy discapacitantes), y algunos cánceres (endometrio, mama, ovarios, próstata, hígado, vesícula biliar, riñones y colon). (OMS, Obesidad y Sobrepeso, 2016)

Ejercicio físico / sedentarismo. Los extendidos hábitos de vida sedentarios han provocado que la inactividad física se convierta en la cuarta causa de muerte a nivel mundial, considerada como factor de riesgo de morbilidad y mortalidad, la que implica cinco patologías principales (arterias coronarias, apoplejías, diabetes tipo 2, cáncer de mama y colon), abordando también las repercusiones económicas de esta actitud que tiene consecuencias negativas en la salud y, las que posiblemente están consideradas como irreversibles. (Alberto, 2017)

Abuso de substancias (alcohol, tabaco y drogas). En los actuales momentos el abuso de estas substancias en el Ecuador es alarmante, según el INEC (Instituto nacional de estadísticas y censos), más de 900 mil ecuatorianos consumen alcohol, la mayoría lo hace a partir de la adolescencia, en actos sociales donde los jóvenes se sienten estimulados, por curiosidad o porque inhalar o ingerir alguna bebida o substancia es un reto que estimulan al consumo, muchos de sus protagonistas son menores de edad los que inician estas malas actitudes.

Según la última estadística del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC) de los 912 mil ecuatorianos que consumen bebidas alcohólicas, el 2,5% son jóvenes de entre 12 y 18 años, las bebidas son mezcladas con drogas como: perica, marihuana, LSD, cocaína, éxtasis, xantinas, nicotina, opio y escopolamina son los más utilizados. (INEC, Substancias estupefacientes y sicotropicas, 2017). La prevalencia de fumadores diarios varía entre estudios, en varones oscila del 8.5 al 13.3% y en chicas del 12.7 al 16.4%. Aunque se puede apreciar un patrón de descenso de la prevalencia de fumadores diarios adolescentes (Mendoza 2012).

Conductas violentas. En Ecuador, durante el 2014 fueron registradas 271 denuncias de delitos sexuales en instituciones educativas, en el 2013, de las 634 denuncias de violencia sexual contra niñas y adolescentes registradas, el 85% se relacionaba con violaciones contra niñas y adolescentes (Agencia Pública de Noticias del Ecuador y Suramérica ANDES, 2014). En el 2013, menos del 6% de este tipo de denuncias fueron procesadas (Naciones Unidas, 2015), siendo la impunidad, el silencio y la tolerancia frente a este tipo de agresiones la regla general en el país.

La conducta violenta es determinante en la salud, quien maltrata es maltratado regularmente, esto podría ser en forma verbal, física o psicológica, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), “la violencia es una de las principales causas de muerte, a nivel mundial, para las personas de entre 15 y 44 años”, a esta se le atribuyen, en promedio, el 14% de las defunciones de varones y el 7% de mujeres, y por cada persona fallecida como resultado de la violencia extrema, existen muchas otras que padecen consecuencias derivadas

de violencia física o psicológica en forma de abuso, maltrato o intimidación infantil, violencia doméstica y de género, acoso laboral y discriminación social.

El origen de las conductas violentas en los humanos ha sido un tema importante de investigación en filosofía, sociología, biología, psicología y psiquiatría. En fechas más recientes, se han sumado a este esfuerzo la neurobiología y la neurofisiología, que buscan en el cerebro las claves para estudiar y prevenir la violencia. Con ayuda de estas disciplinas, junto con novedosas herramientas que permiten obtener imágenes cerebrales, se han conseguido avances, pero todavía hay muchas incógnitas sobre este fenómeno. Una de ellas es si la violencia es inherente a los humanos, o se adquiere culturalmente.(Mothelet, 2016)

Conductas sexuales irresponsables. La adolescencia está comprendida entre los 10 y 19 años, es una etapa muy importante en el curso de la vida en la cual se producen cambios biológicos (crecimiento, caracteres sexuales secundarios y capacidad de reproducción), psicológicos (pensamiento abstracto) y sociales (pertenencia grupal), en este período se profundiza el proceso de construcción de la identidad, la autonomía, la sexualidad, la vocación y los proyectos de vida.

Las y los adolescentes generalmente gozan de una salud optima, en comparación con otros grupos de edades, pero se enfrentan a riesgos de salud particulares, que pueden ser perjudiciales no sólo para su futuro inmediato, sino para el resto de sus vidas por lo que es necesaria la satisfacción de las necesidades educativas y de servicios de adolescentes; el establecimiento de estilos de vida en esta etapa determinará manifestaciones de morbimortalidad que inciden directamente en su calidad de vida futura.

La OMS estima que el 70% de las muertes prematuras en la adultez se deben a conductas iniciadas en la adolescencia, durante la cual las acciones en salud tienen posibilidad de generar cambios sostenidos en el tiempo; invertir en la adolescencia acelera la lucha contra la pobreza, las disparidades socioeconómicas, la discriminación por razones de género, y garantiza el cumplimiento de derechos. (Carina Vance, 2014)

Los programas de promoción de salud, dirigidos a los adolescentes se en-

foca en la prevención, promoción y recuperación de la salud, es por ello que el MSP contribuye y garantiza la atención integral de salud con calidad y calidez en el sistema nacional de salud, considerando los perfiles epidemiológicos por ciclos de vida y los determinantes de la salud de las familias y comunidades, en el marco del modelo de atención y gestión; en el proceso de enseñanza el profesional de enfermería adquiere conocimientos muy amplios sobre el programa de niñez y adolescencia del MSP (ministerio de salud pública) el que se expone en el marco de las políticas y normas que así lo exige el organismo rector en salud, con este programa se pretende contar con una herramienta técnica que permita fomentar estilos de vida saludables y facilitar el reconocimiento y detección oportuna de factores de riesgo y problemas que afecten la salud y el desarrollo integral de adolescentes (Carina Vance, 2014).

Se han mencionado los aspectos más sobresalientes en los determinantes en salud, existen otros que posiblemente no mantengan un impacto en la población que nos indique que haya que intervenir, estos pueden ser afrontados desde el hogar los que deben ser direccionados hacia un horizonte pleno de salud.

2.1. Diagnostico comunitario

Es un proceso permanente y continúo de reflexión y análisis sobre la realidad mediante la recolección, ordenamiento, estudio de datos e información que nos permite conocer mejor la comunidad o una parte de ella, con el propósito de dar respuestas a los problemas; quienes se encargan de su elaboración es el equipo de salud en colaboración con representantes comunitarios que son los involucrados y comprometidos en todas las acciones que se ejecuten para el restablecimiento de la salud en la familia, sujeto y comunidad.

Un diagnostico comunitario debe cumplir con cuatro factores que son: elementos Geográficos, Socio-económicos, socio- educativo, social-físico e Histórico-cultural. Los elementos Geográficos son los límites, el espacio y las entidades públicas y privadas que se encuentran en la comunidad, además de los sitios de referencia; el socio-económico son la actividad económica y productiva de la comunidad, es decir las empresas, microempresas, las producciones de materia prima, negocios, actividades ganaderas y agrícolas; social-físico está

relacionado con las infraestructuras y las entidades públicas que se encuentran en la comunidad, así tenemos las escuelas, colegios, instituciones públicas y privadas, sindicatos, centros culturales, centros de terapia, iglesias entre otros; el histórico-cultural es el que alude a la historia, costumbres, tradiciones, cultura y medios de comunicación.

Para poder ejecutar un diagnostico también es necesario conocer los límites de la comunidad y los sectores en que se encuentra dividido, generalmente esta información se encuentra en cada unidad de salud del MSP, lo que facilitara las actividades y tareas de quien lo elaborara. La sala situacional es una herramienta de trabajo implícita en el diagnóstico de salud comunitario, además en ella se encontraran el mapa de riesgo, el croquis de la comunidad e indicadores de salud, está definida como un espacio, virtual y matricial, de convergencia donde se conjugan diferentes saberes para la identificación y estudio de situaciones de salud coyunturales o no; el análisis de los factores que los determinan; las soluciones más viables y factibles de acuerdo con el contexto local; el monitoreo y evaluación de los resultados obtenidos después de la aplicación de las decisiones tomadas.

Cuando se hace referencia a situaciones de salud no se trata de las tradicionales situaciones o análisis de los daños y, en el mejor de los casos, evaluar los riesgos; sino a todo tipo de situaciones relacionadas, desde el análisis y evaluación del proceso de formulación de políticas y la fijación de prioridades hasta la evaluación del impacto en la población, pasando, por supuesto por los asuntos relacionados con el talento humano, la tecnología empleada, el financiamiento del sector, el proceso de reforma y muchos otros aspectos que deberán tomarse en cuenta para su ejecución (Bergonzoli, 2016).

2.2. Participación ciudadana en el marco del cuidado comunitario

Tarea para los estudiantes, revisar la Ley orgánica de participación ciudadana. Anexo 3

Art. 1.- Objeto.- La presente Ley tiene por objeto propiciar, fomentar y garantizar el ejercicio de los derechos de participación de las ciudadanas y los

ciudadanos, colectivos, comunas, comunidades, pueblos y nacionalidades indígenas, pueblos afro ecuatoriano y montubio, y demás formas de organización lícitas, de manera protagónica, en la toma de decisiones que corresponda, la organización colectiva autónoma y la vigencia de las formas de gestión pública con el concurso de la ciudadanía; instituir instancias, mecanismos, instrumentos y procedimientos de deliberación pública entre el Estado, en sus diferentes niveles de gobierno, y la sociedad, para el seguimiento de las políticas públicas y la prestación de servicios públicos; fortalecer el poder ciudadano y sus formas de expresión; y, sentar las bases para el funcionamiento de la democracia participativa, así como, de las iniciativas de rendición de cuentas y control social.

2.3. Diagnostico Local Participativo

Mapeo y sectorización. A continuación se tomará como ejemplo a la comunidad de la ciudadela Municipal del Cantón Portoviejo Provincia de Manabí – Ecuador, para realizar el proceso de intervención comunitaria. El estudiante del segundo nivel de enfermería tendrá la oportunidad de establecer y relacionar diferencias entre elementos de un mismo tipo o categoría que tienen una distribución espacial determinada, estas acciones se realizan para sectorizar la zona y saber con qué sector está limitada.

División Política. La Ciudadela Municipal está ubicada a 15 minutos del centro de la Ciudad Portoviejo, cuyo acceso principal es la vía Crucita –Portoviejo o la Autopista Manabí Guillen, sus límites son:

Norte: Con Mejía, Higuerón y Miraflores.
Sur: Autopista Manabí Guillén
Este: Parroquia Picoaza.
Oeste: Ciudadela San Marcos

2.4. Área de afluencia

A esta unidad acuden todos los habitantes de la ciudadela más los moradores de los sectores del Parque Forestal, Ciudadela San Marcos, Ceibos del Norte, SOLCA, 18 de octubre, Los Rosales, El Tomate, Aldea SOS, Negrital vía a

Crucita y Ciudadela 13 de abril.

Mapeo. El mapa comunitario es la representación que la comunidad tiene del territorio, herramienta importante que nos permite identificar potencialidades y problemas comunes de alguna localidad con todos sus aspectos, entre los cuales están la formulación de proyectos de gestión de los recursos naturales, prevenir, identificar y resolver conflictos en torno a las pertenencias comunales, elaborar planes de manejo comunitarios, proponer inversiones a las autoridades, así como demandar respuestas apropiadas del gobierno. Además, el mapeo comunitario contribuye al diagnóstico de una situación con las palabras de los propios actores, considerada una herramienta para facilitar la negociación y el seguimiento a los acuerdos entre actores locales y externos.

Sectorización. Es la delimitación de funciones y competencias en sectores homogéneos de actividad, para precisar responsabilidades, evitar duplicidad de funciones y permitir que las decisiones y acciones gubernamentales fluyan de manera rápida y eficiente.

Identificación y priorización de problemas. En el modelo de atención integral en salud familiar, comunitario e intercultural (MAIS-FCI), el concepto de salud se comprende como producto de dos condiciones que interaccionan, las sociales y biológicas, pero la salud es también una condición y oportunidad fundamental para materializar el buen vivir. La mirada dentro del contexto social hace que el modelo se oriente al cuidado de la salud individual y colectiva, fortaleciendo la promoción basada en la participación social y ciudadana, previniendo la enfermedad y recuperando la salud.

Desde que se aplica este modelo de atención, se cumple con uno de los objetivos propuestos por el gobierno del Econ. Rafael Correa, Presidente Constitucional de la República del Ecuador 2007-2017, “Aumentar el presupuesto para el sector de la Salud con la aplicación de programas masivos de producción y distribución de medicamentos genéricos, campañas de salud preventivas y, ampliar la planta de médicos y enfermeras en los hospitales del país, sus asesores han dicho que analizan la posibilidad de implementar brigadas médicas ambulantes” (Universo, 2006). En este gobierno se crearon políticas para el

mejoramiento en salud, actualmente existen los objetivos del milenio que son doce, el número tres está destinado a toda la parte salubrista con su objetivo *de mejorar la calidad de vida de las y los ecuatorianos y ecuatorianas*, en el modelo de atención en salud dentro del contexto socio económico y político se mencionan a los factores estructurales que afectan en forma significativa a los grupos sociales y que se definen como determinantes en salud, la atención en este campo ha cambiado de manera cualicuantitativa, con calidad y calidez del personal profesional y no profesional, de tal forma que en cada comunidad existen veedores, gestores líderes que apoyan las gestiones del equipo de salud, estos se han concienciado y son parte de las decisiones que se visionan en el mejoramiento de la salud poblacional y es allí donde ellos son los principales actores para el bienestar comunitario, familiar e individual.

El ASIS (análisis situacional de salud) constituye una de las principales herramientas conceptuales y metodológicas para la implementación del modelo MAIS-FCI, el que con la participación de los representantes sociales se construye desde lo local el diagnostico, se analiza la realidad, la identificación de problemas de salud las prioridades y los medios para transformarlos a través de la construcción de planes locales de salud (PLS), que desde un enfoque y estrategia intersectorial contribuye a la ejecución de espacios sociales, ambientales saludables y, asegura el buen vivir desde la salud. (MSP, Analisis situacional integral de salud - diagnostico de salud, 2014)

2.5. Responsables de la aplicación del ASIS

Este se desarrolla principalmente en el entorno de las unidades o establecimientos del primer nivel de atención (PNA) y es ejecutado por los equipos de atención integral de salud (EAIS) compuesto por las y los médicos, enfermeras y técnicos de atención primaria en salud (TAPS) en sus respectivos territorios. (MSP, Analisis situacional integral de salud - diagnostico de salud, 2014)

2.6. Desempeño laboral en la comunidad urbana y rural

Definicion de análisis situacional integral de salud y su lugar en el modelo de atención integral. El ASIS implica el desarrollo de un proceso met-

odológico que permite generar a través de la participación social, información, análisis e intervención sobre la realidad, también permite el desarrollo de las actividades que posibilitan construir procesos sociales para la resolución de problemas de salud y la generación de condiciones saludables. La construcción del ASIS tiene varios propósitos:

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

2.6. Fases de aplicación del ASIS

- **Primera fase:** producción del diagnóstico situacional, siguiendo la estructura y las pautas establecidas en el ASIS.
- **Segunda fase:** conformación y/o fortalecimiento del comité de salud.
- **Tercera fase:** socialización y validación del diagnóstico situacional, identificación de los problemas y prioridades con los actores locales, elaboración participativa del plan local de salud.
- **Cuarta fase:** actualización del diagnóstico dinámico en el contexto de la sala situacional. Evaluación y monitoreo de resultados.

2.7. Bloques temáticos del diagnóstico situacional

Tarea con los estudiantes: revisar el índice de bloques temáticos del diagnóstico situacional del ASIS. Anexo 4

En las unidades operativas generalmente se encuentra el diagnóstico de la

comunidad correspondiente, quienes lo elaboran son los internos o rurales de enfermería, desde este punto de vista no se cumple con la metodología y las directrices que norma el MSP para su realización. Se ha constatado que la información que existe en ellos es irreal, en algunos casos los datos son desactualizados, existe contradicción en muchas ocasiones entre la población real y la existente. El INEC se basa en información anterior y se proyecta cada periodo, pero es responsabilidad del equipo realizar un censo por lo menos cada dos años para saber y conocer la cantidad poblacional real existente con sus grupos etarios, porque cada programa de salud tiene su población asignada, la que debe ser ejecutada según las normas con metas y coberturas mensuales, trimestrales, semestrales y anuales.

Siguiendo con el ejemplo de la unidad operativa de la ciudadela Municipal, se revisaran sus determinantes sociales. Inicialmente obtendremos la información de las primeras morbilidades, esta es ingresada primero por los facultativos a los formularios diarios de atención, en los cuales se describe la patología con un código, luego esta es procesada a fin de mes para pasar a una base de datos; el informático o estadístico es quien se encarga de su ingreso, para posteriormente realizar los cuadros con sus respectivos análisis de la situación de salud de la población. Teniendo los resultados el equipo de salud debe tomar acciones que vayan en beneficio de su población, obviamente que habrán situaciones que serán imposibles de cumplir pero, analizando la información se elaboraran estrategias de educación para encauzarlas al buen vivir, para ello existe una gran fortaleza en las unidades operativas.

Los estudiantes o pasantes de medicina y enfermería, quienes deben involucrarse en la participación y elaboración del diagnóstico situacional, visionándose a mejorar la salud de la población, serán los encargados de ejecutar el censo poblacional de la comunidad asignada en su año rural.

A continuación el análisis de las morbilidades presentadas en la población de la comunidad de la ciudadela Municipal en el año 2016, según lo reportado por el departamento de estadísticas de la unidad mencionada.

N°	DESCRIPCIÓN DE LAS CAUSAS	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
01	I.R.A (Infecciones respiratorias agudas)	644	770	1414
02	HIPERTENSION ARTERIAL	153	357	510
03	DIABETES MELLITUS	155	204	359
04	PARASITOSIS	122	176	298
05	E.D.A (Enfermedades diarreicas agudas)	110	142	252
06	DERMATITIS	94	105	199
07	CEFALEA	36	119	155
08	CISTITIS	12	138	150
09	VAGINITIS		103	103
10	DOLOR EN ARTICULACION	38	51	89
11	OTROS	601	1067	1668
TOTAL		1965	3232	5197

COORDINACION ZONAL DE SALUD 4 MANABI- SANTO DOMINGO DE LOS TSACHILAS
REGISTRO DE MORBILIDAD DE LAS PRINCIPALES CAUSAS SEGÚN SEXO
UNIDAD OPERATIVA "MUNICIPAL"
3er. TRIMESTRE 2016

2.8. Análisis de causas y consecuencias

Este cuadro nos indica las primeras 11 patologías de mayor incidencia en la población; las infecciones respiratorias agudas están como primera causa, el 27% de la población atendida ha presentado alguna infección respiratoria aguda; realizando el análisis y conociendo las condiciones ambientales en las que viven sus habitantes, se aseguraría que estas son originadas a causa del polvo que se genera en el entorno y, se estaría argumentando que el clima tiene mucha importancia en esta enfermedad, en realidad aquí en nuestro medio no existen cambios climáticos que muestren bajas temperaturas para la presencia de enfermedades respiratorias, solo tenemos invierno y verano con la presencia de un clima tropical cálido, se podría decir que en el verano soplan vientos que traen muchas bacterias y virus en el polvo y, en el invierno el calor aumenta y el resultado es la proliferación de estos microorganismo, que con mayor incidencia se presenta en los menores de 5 años y los adultos mayores que son los más susceptibles en la obtención de estos microorganismos que afectarían su sistema respiratorio.

En conclusión todas las patologías presentadas en esta comunidad deberían ser actividades que el personal o equipo de salud programen para disminuirlas o prevenirlas, con la estrategia de participación ciudadana convocar a la mayor cantidad de personas y exponer los resultados en indicadores de salud y, mediante ello priorizar las acciones tendientes al buen vivir comunitario, individual y familiar.

2.9. Análisis de talento humano y recursos disponibles en la unidad de salud

La disponibilidad del personal y los recursos para realizar las acciones pertinentes, son de gran importancia, quien está liderando la institución tendrá que priorizar acciones con el fin de disminuir los problemas que se presentan en la comunidad, realizando un inventario y un presupuesto para las campañas o eventos con los que se ayudara a la población, estas tareas o acontecimientos son financiados por el Ministerio de Salud, se debe realizar una programación con su respectivo cronograma el que debe ser enviado para su aprobación y ejecución; el equipo humano está conformado por 2 médicos, 1 enfermera, los rurales de enfermería y medicina, 1 odontólogo, 1 auxiliar de enfermería, 1 auxiliar de servicio, 1 agendista, 1 auxiliar de odontología, aquí también se deben involucrar a representantes comunitarios y profesionales de la zona, como por ejemplo epidemiólogos, pediatras, gineco obstetras y los que se consideren necesarios.

Analisis de actores sociales. Estas personas son aquellas que ayudan en la ejecución de todas las actividades a realizarse en la comunidad y forman parte importante en la tarea principal que es el diagnóstico, los líderes comunitarios, el personal de salud médicos, enfermeras, licenciados, policías, bomberos, representantes de instituciones públicas o privadas, comités locales de salud y familias deben estar involucrados en todas las acciones, principalmente en la educación y ejecución de tareas específicas que propiciaran el cambio condicionando positivamente al mejoramiento de la salud de la población.

Formulación de actividades a realizar. En muchas unidades del Ministerio de Salud pública deben realizar acciones muy regularmente, las actividades técnicas - operativas – administrativas para el profesional de enfermería son

múltiples entre ellas está la planificación de actividades por programas de salud en los que se debe intervenir todo el año calendario y, para ello debe conocer el personal y recursos con que cuenta, estos aspectos ya se mencionaron anteriormente, un ejemplo seria la planificación de una campaña de vacunación, donde se trazarán objetivos y, estos a su vez visionan el cumplimiento de las metas a cumplir en esa actividad.

2.10. Elaboración del mapa parlante

Se elaboran a partir de documentos cartográficos existentes y actualizados, quienes poseen esta información son las siguientes instituciones:

- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, INEC, que dispone de mapas y planos censales urbanos y rurales.
- Instituto geográfico militar, IGM el que dispone de mapas planímetros.
- Municipios, Consejos Provinciales y Juntas Parroquiales disponen de planos y mapas, fundamentalmente sus departamentos de Planificación y Catastros.
- Empresas de agua potable y luz eléctrica.
- Sistema Nacional de Erradicación de la Malaria, Sobre todo en zonas rurales de la costa.

Son instrumentos técnicos y metodológicos, que permiten conocer en forma gráfica el proceso vivido por los actores locales, los factores de riesgo y protección, entre los cuales están el: sanitario ambiental, socioeconómico y biológico, es considerada también una herramienta dinámica que permite identificar los riesgos, implementar acciones y monitorear las condiciones de salud de una población este será actualizado periódicamente con los datos obtenidos del mapa parlante.

Figura N° 1. Etnias

Fuente: https://www.google.com.ec/

Elaboración del croquis. Se elabora el gráfico o dibujo a partir de uno o más documentos cartográficos señalados anteriormente, se identifican accidentes geográficos, ríos, quebradas, las vías de comunicación, fuentes acuíferas, áreas de cultivo, áreas de pastoreo, áreas forestales, las viviendas, unidades de salud, unidades educativas, edificios importantes, mercados, entre otros, su dimensión es de: 1.20 m. de largo por 90 cm ancho. (Normas MSP).

Proceso para la sectorización urbana y rural. Numeración de manzanas, para esta actividad se utilizara la existente y asignada por los gobiernos locales, de no existir se realizará en dependencia de la ubicación de la unidad operativa; si esta se encuentra ubicada en el centro de la zona de cobertura, la numeración es en sentido centrifugo (de adentro hacia afuera) y siguiendo la dirección de la manecillas del reloj, se utilizará los números arábicos 1, 2, 3,4.; si se encuentra en la periferia la numeración es centrípeta es decir de fuera hacia adentro siguiendo las manecillas de reloj.

Numeración de sectores. La zona de cobertura se subdivide en cuatro sectores, apoyándose en los accidentes naturales (calles, avenidas, quebradas, ríos, etc.) que pudieran existir; cada uno de ellos se identificaran con números romanos y de manera secuencial siguiendo las manecillas del reloj.

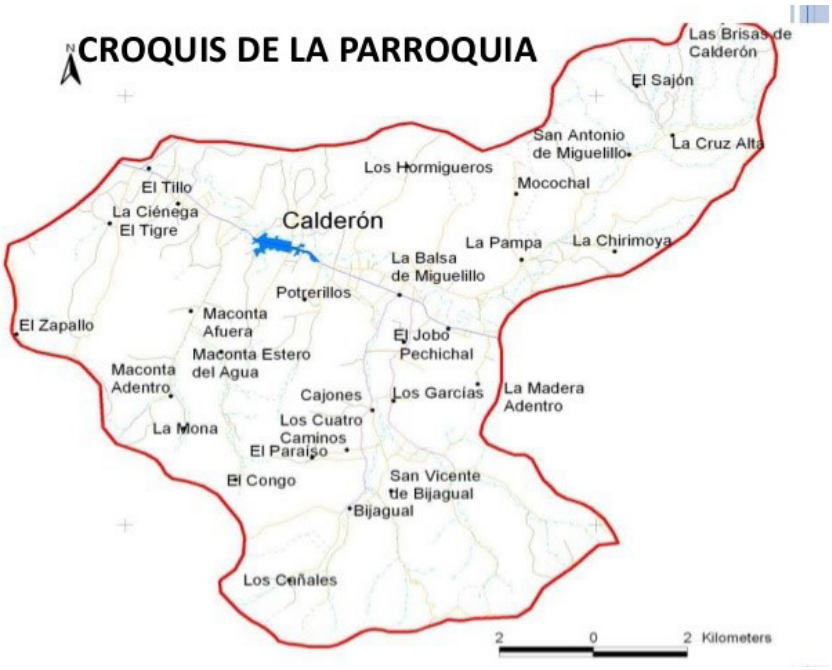


Figura N° 2. Croquis de la Parroquia

Fuente: https://www.google.com.ec/

Esta subdivisión es facultativa a nivel de zonas rurales de población dispersa, suele resultar muy difícil; cuando sea posible sobre todo en zonas urbanas, se debe tratar que cada sector tenga un número similar de manzanas, esto se realiza con la finalidad de que cuando se vaya a realizar una planificación en la que se intervendrán viviendas, se tendría un aproximado solo multiplicando los 4 sectores para saber cuántas manzanas existen y las viviendas en cada una de ellas, cada vez que se realiza esta tarea se debe proyectar con un porcentaje mínimo, con el propósito de que los recursos sean suficientes, ejemplo: una abatizacion en toda la comunidad para prevenir el aedes aegypti, se debe contar con suficiente abate, de tal forma que todas las viviendas sean intervenidas y se cumpla con el 100% de la cobertura.

Numeración de viviendas. Las viviendas se numeraran secuencialmente en cada una de las manzanas, partiendo con la vivienda No. 1 del extremo superior izquierdo de la primera manzana, continuando la numeración ascendente siguiendo la dirección de las manecillas del reloj, sin romper la secuencia en la

manzana No. 2 y subsiguientes, los lotes baldíos y las casas en construcción no recibirán numeración, solo se graficaran y se asignaran letras (Lb).

Identificación de Familias. A cada familia se le asignará un orden numérico (números y letras mayúsculas); el número será el mismo asignado a la vivienda, acompañado de la letra A. Cuando exista dos o más familias habitando en la vivienda, se mantendrá el mismo número y se añadirá la letra que corresponda, en orden alfabético. Ejemplo: 1A, 1-Ab, 1Ac.

Sectorización en áreas dispersas: generalmente no existen manzanas y es difícil o imposible conformar sectores, en estos casos para la identificación y numeración de las viviendas pueden servir los referentes locales como accidentes geográficos, vías de comunicación o cualquier otra que se adecue más a la realidad local, lo importante es que exista la máxima claridad en el diseño del mapa del territorio que debe cubrir el equipo de salud.

En los centros rurales a menudo deben realizarse varios croquis, el primero de ellos es global, poco detallado e identifica todas las poblaciones y comunidades de la zona de influencia, los demás deben elaborarse para cada población y comunidad con el debido detalle.

Paso 3. Identificación de sectores y familias de riesgo. Se realiza una convocatoria a los actores sociales a los cuales se les comunica el proceso de construcción y/o actualización de los mapas parlantes, enfatizando al mismo tiempo la importancia de la participación organizada en la construcción de los instrumentos, la utilidad en los diagnósticos, la ejecución de auto evaluación progresiva y la utilidad para permitir una planificación que mejore la salud de la población.

Al grupo de actores se le presenta el mapa debidamente sectorizado y numerado de las manzanas y viviendas; se solicita entonces que identifiquen en los sectores cuáles son los de mayor riesgo utilizando la siguiente matriz, para realizar la priorización de los problemas, a continuación un ejemplo.

Matriz de priorización de problemas ASIS

Problema	Magnitud	Frec.	Grave-dad	Factibili-dad	Valor total
Desconocimiento sobre alimenta-ción y nutrición.	4	4	5	4	17
Manejo inadecuado del programa desnutrición cero del MSP por parte del equipo de salud.	4	4	5	4	17
Desinterés de las madres en acudir a las citas programadas con los menores de 5 años.	4	4	5	3	16
Violencia intrafamiliar.	3	3	4	1	11
Mala calidad del agua.	3	3	4	1	11

Se observa que existen varios problemas a los que a cada uno se le pondera con una calificación, en los tres primeros se puede intervenir, en los siguientes será difícil actuar, porque son otros procesos a los que les correspondería; en el caso de violencia familiar podría ser intermediario el líder comunitario o líder de la unidad de salud, quienes deben comunicar en la forma muy reservada para no involucrarse directamente en estos casos.

Simbología. Es necesario adoptar un sistema de símbolos estandarizados para identificar y conocer en el mapa parlante los límites políticos administrativos de la comunidad, para este propósito se tomará la referencia de simbologías cartográficas de los gobiernos locales. Para la presentación de mapas existe una simbología internacional que permite una comunicación más adecuada de lo que queremos describir. Para facilitar más la identificación de las características del terreno, se utilizan colores o tintas que se asemejen a los que en realidad tienen los objetos o rasgos considerados, los más utilizados son:

Verde: para las vegetaciones y áreas boscosas.
Negro: carreteras, caminos, limites comunales.
Azul: para todo lo concerniente al agua.
Rojo: para vías de comunicación, asentamientos humanos, servicios públi-

cos, unidades educativas, instalaciones industriales.

El Mapa de riesgos del entorno. Una de sus características es describir las probabilidades de eventos o fenómenos naturales: Inundaciones, terremotos, erupciones, deslaves.

Simbología de los factores de riesgo. Este debe estar sujetos a los factores de riesgo, que están incluidos en la ficha familiar clasificados de la siguiente manera:

A. Riesgos patológicos:
- Personas con vacunación incompleta.
- Personas con malnutrición (sobrepeso o desnutrición).
- Personas con enfermedad de impacto.
- Embarazadas con problemas.
- Personas con discapacidad.
- Personas con problemas mentales.

B. Riesgos sanitarios.
- Consumo de agua insegura.
- Mala eliminación de basuras y excretas.
- Mala eliminación de desechos líquidos.
- Impacto ecológico por industrias.
- Animales intra domiciliarios.

C. Riesgos socio económicos.
- Pobreza.
- Desempleo o empleo informal del jefe de familia.
- Analfabetismo del padre o madre.
- Desestructuración familiar.
- Violencia/alcoholismo/drogadicción.
- Malas condiciones de la vivienda.
- Hacinamiento.

Estos serán graficados de acuerdo a la simbología que se crea conveniente,

teniendo presente que los colores verde, amarillo y celeste solo sirven para identificar el riesgo mas no para dar algún tipo de valoración, la ponderación se la realizara con la aplicación del formulario de la ficha familiar que se emplea en las visitas domiciliarias y que será el equipo EBAS (equipo básico de salud) el responsable del llenado.

El croquis o el mapa parlante tienen cierta similitud, ambos son elaborados con gráficos o dibujos a partir de uno o más documentos cartográficos señalados anteriormente, se identifican los mismos aspectos y en su dimensión son iguales, la única diferencia es que el croquis es la presentación de la estructura física de la población, el mapa parlante como su nombre lo indica señala la parte epidemiológica o riesgos patológicos presentes o probables, con dibujos o collage, ejemplo un sector de la comunidad en donde incide el aedes aegypti, su figura será un mosquito de esa cepa.

Sala situacional. Este instrumento es parte importantísima del diagnóstico situacional de cada unidad operativa del MSP, siempre está en exhibición en lugares estratégicos, pero generalmente se encuentra en el departamento de vacunación, en ella se exhiben tablas, gráficos, las primeras 10 morbilidades, situaciones de salud, que deberán ser discutidas y priorizadas por el equipo de trabajo, se determinaran las soluciones más viables, factibles y de mayor gravedad para la población, entre los elementos de formación básicos para una sala situacional en salud tenemos:

1. **Población:** Estructura, composición, distribución (dinámica Poblacional)
2. **Condiciones de vida:** Educación, empleo, ingreso, vivienda, alimentación, energía, recreación.
3. **Factores de riesgo**: Agresores, protectores, ambientales, biológicos, conductuales, nutricionales, laborales,
4. **Daños:** Morbilidad, discapacidad, mortalidad.

Para los tres primeros numerales debe existir una respuesta social organizada, entre los cuales se apoyarían en los contextos socio político, económico, étnico, de género y geográfico, estos a su vez serán patrocinados por los subsiste-

mas de información, vigilancia, investigación, planificación, talento humano y el financiamiento para todas las actividades a realizar, las instituciones u organizaciones que intervengan serán ONG's (organizaciones no gubernamentales) privadas, comunitarias, educativas, iglesias y cualquier fundación u organismo que desee colaborar en las acciones de mejora para la comunidad.

Mediante la sala situacional se desarrollara una cultura de análisis y utilización de la información que es generada por los servicios de salud institucionales, mediante la aplicación de esta herramienta de trabajo, se lograran identificar las inequidades en salud y sus determinantes.

Las intervenciones que se aplicaran serán analizadas y aplicadas teniendo como principio que el costo/beneficio/efectividad será justificado, el profesional de enfermería conjuntamente con los integrantes de equipo de salud además, de los líderes y personas representativas de la comunidad, serán quienes tomen las decisiones y elaboraran estrategias con las cuales deberán visionarse para cumplir los objetivos y metas planteadas en la ejecución de las actividades y tareas. Todo ello con el fin de reorientar los servicios de salud hacia las prioridades referidas para que sean atendidas con eficiencia y eficacia, con el solo propósito de mejorar la calidad de vida de la población; la sala situacional se emplea para cada programa de salud, es decir que cada responsable en ellos deberá estructurarla y exhibirla en los sitios correspondientes, ejemplo: la sala situacional de la Estrategia nacional de vacunación, del programa del control de la tuberculosis, la de epidemiologia, y asi de todos los programas del MSP. A continuación los objetivos que se proponen para una ejecución de sala situacional y sus resoluciones.

- Identificar y medir las desigualdades e inequidades existentes entre grupos humanos, especialmente los más postergados.
- Contar con planes operativos locales basado en las políticas, prioridades y compromisos de gestión en salud, para la reducción de los problemas detectados.
- Identificar inequidades para anticiparse ante las amenazas que puedan presentarse frente a los problemas de salud pública y proponer la respuesta institucional y social organizada frente a las mismas.

- Incorporar progresivamente esquemas y procedimientos metodológicos prácticos e innovadores, que faciliten combinar información de fuentes y sectores diversos, como un apoyo al proceso de crear escenarios favorables para la reducción de las inequidades y los mecanismos con el propósito de monitorear y evaluar, en los diferentes niveles de gestión con especial énfasis en el nivel local.(MSP, Analisis situacional integral de salud - diagnostico de salud, 2014)

Respuesta social organizada. Frente a toda la información previa y, sobre todo basada en ella, se debe evaluar y monitorear la respuesta que la institución, el sector salud y otros sectores de la sociedad civil en su conjunto, están ofreciendo frente a los daños priorizados, los riesgos y condiciones de vida prevalentes, esta información de la respuesta de los servicios de salud debe tener en cuenta los recursos de las instituciones gubernamentales, no-gubernamentales, el sector privado, las iglesias, las comunidades (medicina ancestral y alternativa), las agencias internacionales, el presupuesto, gasto ejecutado en salud tanto público como privado, es de vital importancia para el monitoreo y evaluación de la asignación presupuestaria para atender las prioridades.

Es conveniente disponer de datos sobre la estructura, procesos, productividad, rendimientos, costos y talento humano de los servicios de salud. Además de los equipos y materiales a utilizar entre ellos camas disponibles, en caso necesario para cada una de las prioridades y su porcentaje de utilización, en términos financieros es útil contar con el mayor desglose posible del gasto asignado y ejecutado en cada una de las áreas de salud con las preferencias del caso.

2.11. Funciones de la sala situacional

Preventivas: anticipar el comportamiento de una acción en situación de normalidad, de problemas y/o de catástrofe.

Reactivas: dar respuesta pertinente, rápida, oportuna, eficiente y de calidad a las situaciones contingentes que se presenten para la ejecución de las acciones.

P**roactivas**: diseño de énfasis y estrategias delimitadas que permiten abordar,

corregir, disminuir, neutralizar o eliminar las posibles reacciones ante una acción, así como las resistencias que su aplicación genera y los conflictos o turbulencias derivadas de potenciales catástrofes.

Abordaje crítico: se refieren al diseño de cursos alternativos para el desarrollo de las acciones en un marco de calamidad en el entorno.

2.12. Productos de la Sala Situacional

- Fortalecer la capacidad anticipada de un problema.
- Planificación estratégica de los servicios sociales y de salud.

2.13. Necesidades

- Intervenciones de alto rendimiento social (Costo/efectivas). Basadas en evidencias.
- Programación integral e integrada interinstitucional e intersectorial.
- Balance entre actividades preventivas y curativas.
- Análisis, Monitoreo y evaluación de las políticas, prioridades y compromisos de gestión.
- Incrementar la capacidad de negociación.
- Trabajar con enfoque sistémico.
- Racionalizar la inversión pública y privada.
- Estimular la participación interinstitucional e intersectorial de los diferentes actores sociales(Ministerio de Salud Publica, 2016).

2.14. Modelo de atención integral en salud familiar comunitario e intercultural

Este modelo tiene como desafío consolidar la implementación MAIS- FCI para trabajar con las familias, desarrollar nuevas normas relacionales, ubicar al usuario en el centro de la atención, instalando buenas prácticas, ampliando las intervenciones orientadas hacia resultados de impacto social, desde la convicción del enfoque biopsicosocial, multidisciplinario e intercultural, alternativas para responder de manera más efectiva a las necesidades de las personas, famil-

ias y comunidades, contribuyendo a mejorar su calidad de vida. (Publica, Modelo de atencion integral en salud familiar, comunitario e intercultural, 2012).

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 deberes pondera las nuevas demandas y necesidades de salud del país que devienen de los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico, a la necesidad de superarlas hendiduras en el acceso a servicios integrales de salud; consolidar la articulación de la Red Pública y Complementaria, así como el fortalecimiento de la capacidad resolutiva del primero, segundo y tercer nivel de atención, en el IV nivel de atención se encuentra la investigación y Centros de Subespecialidad. (Publica, Modelo de atencion integral en salud familiar, comunitario e intercultural, 2012)

Este modelo (MAIS) es una estrategia que el Ministerio de salud pública mediante acuerdo ministerial 725-1162 es aprobado en el año 2011; en el 2012 se publica, y actualmente se aplica en algunas instituciones del sistema nacional de salud. Anexo 5

2.15. Promoción de la salud y atención primaria renovada

Modelo de atención integral en salud MAIS – MSP. La APS-R (atención primaria en salud renovada) es una estrategia que orienta el desarrollo de los sistemas de salud, su implementación como todo proceso social, ha estado sujeta a las contradicciones e intereses económicos y políticos que configuran las formas de organización de las sociedades. La APS-R tiene sus raíces en la APS formulada en Alma Ata (1978) que esta, a su vez recogió el pensamiento y práctica de la medicina social que inicio la reflexión y demostración de los determinantes sociales de la salud y la inequidad en el acceso a los servicios que en la década de los setentas toma mucho impulso sobre todo en América Latina, unida a los procesos libertarios y de cambio social, surgiendo así valiosas experiencias locales que desde la reivindicación del derecho a la salud, pusieron sobre el tapete la necesidad de trabajar en torno al mejoramiento de la calidad

de vida y la participación como elementos sustanciales para el logro de la salud. (MSP, Manual de modelo de atencion integral de salud MAIS, 2012)

Definicion de MAIS-FCI. El modelo de atención integral en salud familiar comunitario e intercultural es un conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que se utilizan para atender las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad para dar solución a problemas, en esta realidad se involucran los sectores público y privado además de los actores sociales quienes conforman el sistema de salud (FF.AA, Policía, IESS, Cruz roja, Solca, ONG's entre otras) y en los cuales quien ejerce su control en las políticas es el MSP rector en salud en el Ecuador.

Integralidad en la atención individual y familiar: como ser biopsicosocial perteneciente a una familia y a una comunidad, no sólo como el receptor de las acciones diseñadas, ofertadas y brindadas por los servicios de salud de la Red de Salud, sino también como un actor social y sujeto que define sus propias metas en la vida y por tanto toma decisiones respecto a su salud de manera consciente y sistemática.

Por consiguiente, la Atención Integral a la Salud de las personas y/o grupos poblacionales son todas las acciones realizadas por el Estado y la Sociedad Civil de manera concertada y negociada tendientes a garantizar que las personas, las familias y los grupos poblacionales permanezcan sanos y en caso de enfermar, recuperen rápidamente su salud evitándoles en lo posible la ocurrencia de discapacidad o muerte. (Publica, Modelo de atencion integral en salud familiar, comunitario e intercultural, 2012)

Integralidad a nivel territorial: Para el Modelo de Atención MAIS-FCI se responderá a las necesidades locales, tomando en consideración: el perfil epidemiológico, las especificidades y necesidades de los grupos poblacionales según ciclos de vida, pertenencia étnica, relaciones de género, estratificación social, la realidad local de cada zona y distrito por lo que deberán revisar sus objetivos y metas en función de intervenciones que den respuesta a las necesidades de la población e integrar las acciones a través de los servicios, para lograr la horizontalización y convergencia de programas.

La integración de las unidades de salud en los tres niveles de atención debe dar como resultado una atención continua a las usuarias (os) por medio de una red con organización y tecnología apropiada, jerarquizada para prestar atención racionalizada a los pacientes, de acuerdo al grado de complejidad médica y tecnológica del problema y su tratamiento. (Publica, Modelo de atencion integral en salud familiar, comunitario e intercultural, 2012)

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 concerten sobre los procesos de identificación de problemas, el establecimiento de prioridades y la búsqueda de soluciones. Para ello, se estableció 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.
- Fortalecer los procesos de capacitación tanto a nivel comunitario como institucional, así como el fortalecimiento de conocimientos y experiencia 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. (Publica, Modelo de atencion integral en salud familiar, comunitario e intercultural, 2012).

Es así que el MSP como rector en salud define el MAIS para el territorio nacional del Ecuador como el modelo estratégico en la provisión de servicios de salud, en los que también se encuentran articulados los proveedores privados.

2.16. Modelo para la práctica de enfermería en la comunidad

La atención domiciliaria en los actuales momentos es un referente al programa del Modelo de atención integral en salud, MAIS modelo multidisciplinario que brinda una solución a los problemas de salud de personas que están dentro de los criterios de inclusión social, entre ellos quienes presentan alguna discapacidad o inaccesibilidad en la movilización a los servicios de salud de su comunidad, el propósito está enmarcado en el mejoramiento de una parte de la calidad de vida de los beneficiados. En los últimos años este programa se ha posicionado como una atención extramural, es decir que de cualquier nivel de atención en el que haya sido atendido una persona con tipos de dolencia que ameritan su evaluación sistemática, es de carácter obligatorio realizar seguimientos de parte del equipo de profesionales para la atención domiciliaria donde caben actividades complejas, como el fomento y protección a la salud que son parte de la atención primera en la salud preventiva.

La atención en prevenciones significa un menor costo, también es cierto que en los actuales momentos existe mayor demanda de personas que acuden con algún problema de salud que en ciertos casos se presentan en etapas terminales, como es el caso del cáncer en todas sus presentaciones, analizando lo anteriormente expuesto se generan preguntas, ¿qué está pasando con la parte preventiva que corresponde ejecutar al personal de salud de cualquier nivel de atención? ¿Por qué actualmente las epidemiologias persisten en las comunidades? ¿Será que el ser humano aún no está tomando conciencia que de él depende en gran parte prevenir estas epidemias, manteniendo la higiene de su entorno, su organismo, los alimentos y todos los aspectos que de una u otra forma van a facilitar un ciclo epidemiológico que ocasionara vulnerabilidad para que existan otras patologías subyacentes?.

TAREA: con los estudiantes analizar las 10 primeras enfermedades epidemiológicas de dos unidades de salud que se encuentren en la zona urbana, y

comparar en ellas si existe similitud en la incidencia y prevalencia en cualquier patología, definir y analizar sus posibles causas.

Para aplicar los modelos de atención en enfermería en los distintos ámbitos de atención, se debe tener presente que para ello se presentan visiones generales de ciertos fenómenos del mundo que rodea al ser humano y todo organismo viviente, pero esto solo es una mera aproximación de aquellos aspectos considerados significativos para la comprensión de estos acontecimientos que guardan implicación y relación directa en la salud del ser humano, juntos se convierten en instrumentos de validación en el momento de suministrar los cuidados de enfermería, entre estos modelos podemos citar los siguientes:

- Déficit del autocuidado de Dorothea Orem.
- Teoría del entorno Florence Nightingale.
- Definicion de Enfermeria Virginia Henderson
- Modelo de atención de Marjorie Gordon.
- Modelo de adaptación de Calixto Roy.
- Modelo de sistemas comportamentales Dorothy Johnson.
- Los cuatro principios de conservación de Myra Astrid Levine.

Entre los mencionados los que se aplican generalmente en el proceso de atención de enfermería a nivel comunitario y hospitalario son los de Virginia Henderson y Marjorie Gordon.

La valoración por **Patrones Funcionales** de Marjorie Gordon aporta una serie de ventajas al proceso, estos pueden ser utilizados independientemente del modelo enfermero del que se parta, se adaptan muy bien al ámbito de la atención primaria de salud, permitiendo estructurar y ordenar la valoración, tanto a nivel individual como familiar o comunitario a lo largo del ciclo vital de la persona, en situaciones de salud o enfermedad y, facilitan claramente la siguiente fase de diagnóstico enfermero al estar en el origen de la clasificación por dominios de la NANDA. (Alvarez, 2010)

Uno de los **modelos de cuidados** que mayor aceptación tiene en nuestro entorno es el de Virginia Henderson, son varias las razones que han propicia-

do su adopción y vigencia en nuestros días y que resultan de peso de manera particular a las enfermeras clínicas. El modelo de Virginia Henderson es totalmente compatible con el PE, cuestión esencial para que tenga aplicación en la práctica. Además es posible integrar, junto con el modelo de cuidados y el PE, los lenguajes estandarizados NANDA-NOC-NIC (NNN), cada vez más incorporados en el quehacer de las enfermeras y en los sistemas de información. Lo que permite trabajar desde un plano propio y también en colaboración con otros profesionales, hecho de gran valor en muchos entornos de cuidados y en nuestra realidad asistencial. Tiene en cuenta las ventajas de fomentar estilos de vida sanos y conductas saludables, consideración coherente con muchas de las propuestas y programas del sistema sanitario. (Cobo, 2015)

2.17. FAMILIA. Definicion

"son los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio, el grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial. "La familia es el grupo primario de pertenencia de los individuos, en su concepción más conocida está constituida por la pareja y su descendencia, sin embargo, el proceso histórico y social muestra diferentes estructuras familiares que hacen difícil una definición de ella.

(OMS, http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion10/capitulo164/capitulo164.htm, 2013)

Concepto de familia. La familia, según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.

Tipos de familia. Existen diversos tipos de familia con los cuales el profesional de Enfermeria tendrá que conocer y alternar con ellos de manera continua, es por esto que se clasifican de la siguiente manera.

- La familia nuclear es la compuesta por padre, madre e hijos conocida

también como círculo familiar.

- La familia extensa es la que se presenta con los miembros de la nuclear además de los abuelos, tíos, primos y algún otro pariente de consanguinidad o afinidad.
- La monoparental es en la que solo uno de los progenitores vive con sus hijos.
- Se conoce como otros tipos de familia aquellas que se conforman solo por hermanos o amigos, en donde existen sentimientos de solidaridad unidos a la convivencia, (trabajo, estudios, grupos religiosos entre otros). El funcionamiento familiar consiste en la capacidad del núcleo para cumplir con el desempeño esencial, enfrentando y superando cada una de las etapas del ciclo vital, donde se presentaran cualquier tipo de crisis y a las cuales se debe enfrentar y solucionar, dando lugar a patrones que permiten ver la dinámica interna en función del medio en que ella se desenvuelve, estas deben cumplir con las siguientes demandas.
- Satisfacción de necesidades biológicas y psicológicas.
- Socialización.
- Bienestar económico.
- Mediadora.
- Direccionada.
- Baja autoestima
- Sentimiento de abandono o pérdida.
- Desprestigio entre los progenitores.

En todas las etapas del ciclo vital las familias enfrentan distintos tipos de crisis, entre las que se clasifican en evolutivas e inesperadas.

Las evolutivas son aquellas en que surgen cambios como por ejemplo el matrimonio, posterior a ello llegan los hijos los cuales también deben cumplir con las diversas etapas por las cuales todo ser humano por lo general cumple. Estos cambios requieren obviamente un tiempo de adaptación para enfrentar nuevos desafíos, que son parte del desarrollo de la vida.

Las inesperadas son aquellas que llegan de forma brusca o que simplemente no están dentro de la línea evolutiva normal como la muerte inesperada por ac-

cidentes o enfermedades catastróficas no tratadas a tiempo, migración, pérdida de empleo que conlleva a una serie de acontecimientos negativos que golpean a todo el círculo familiar si este problema va acompañada de alcoholismo, drogadicción y otras causas que originen situaciones imprevistas.

Ciclo vital familiar. La familia como núcleo social genera sus propias dinámicas, cada una diferente a otra, estos cambios se presenta según su forma, función, cultura y costumbres en cada una de ellas, lo que nos da una pauta a pensar que no existe lo correcto e incorrecto para el cumplimiento de las mismas, el ciclo vital familiar está considerado como una secuencia ordenada y universal, cada una de las etapas se preside por una crisis de desarrollo que se manifiesta en diferentes dimensiones hasta llegar a cambios permanentes, los que pudieran ser soportados o no.

Etapas del ciclo vital. La OMS divide el ciclo vital en 6 etapas evolutivas:

1. La formación del matrimonio y el nacimiento del primer hijo. Se caracteriza por una permanencia del vínculo, en que se suman vida afectiva, relaciones sexuales, intercambio económico, deseo de compartir el futuro junto a un proyecto vital que les da sentido y que determina el establecimiento de dependencias cualitativamente diferentes de las que pueden darse en cualquier otro vínculo.
2. Extensión del nacimiento primer hijo y el nacimiento del último hijo. El nacimiento de un hijo crea cambios tanto en la relación de pareja como en toda la familia, es la transición en la cual iniciaron dos y ahora son tres, esta etapa redefine la relación en términos sexuales y sentimentales, se inician nuevos roles y funciones para el padre y la madre y, con ellos los de la familia extensa, en donde están presentes abuelos, tíos y primos, esta unión considerada normal y necesaria para la buena evolución de toda la familia.
3. Extensión completa del nacimiento del último hijo y el primer hijo abandona el hogar. Primer hijo abandona el hogar llega a la infancia, considerada una etapa Esta es una etapa decisiva en la evolución de la familia, es el primer alejamiento del niño del seno familiar y su apertura al mundo externo, se unirá a una nueva institución donde estará rodeado de otros niños y maestros, lo que le permitirá realizar actividades y tar-

eas fuera del hogar, esta etapa le permitirá socializar e ir definiendo sus roles y características.

4. Contracción, entre el primer y último hijo abandonan el hogar. Estas últimas etapas tienen como denominador común la producción de pérdidas, tanto por la salida de los hijos del hogar, como de funciones laborales en los que esta la jubilación y acompañada de ella situaciones que se pueden presentar según su complejidad; la jubilación significa júbilo sinónimo de alegría, pero que en pocos casos se cumple por variadas situaciones, caso contrario el júbilo se revierte en desconsuelo para quienes se acogieron a ese beneficio, porque la familia creció, y los favorecidos pasan a ser nuevamente apoyo económico para los que acogen en su hogar y no tiene ningún ingreso que les permita subsistir, estos se vuelven una carga para los ancianos.
5. Contracción completa, el ultimo hijo abandona el hogar y ocurre la muerte del primer cónyuge. En esta etapa existe un gran contraste entre el entusiasmo y la ilusión que caracterizaban la fase del matrimonio con la incertidumbre y la nostalgia que con gran frecuencia se ve marcada en este período del desarrollo familiar. Los problemas de salud son numerosos, aunque muchas dolencias son producto del proceso de envejecimiento normal.
6. Disolución, muerte del primer cónyuge y muerte del cónyuge sobreviviente., El ciclo vital familiar concluye en la muerte de uno de los cónyuges, el sobreviviente se enfrenta a la soledad, en este periodo se acentúan las enfermedades preexistentes o se desencadena la aparición de nuevas patologías, la persona adopta una actitud pasiva con expectativas pensando en lo que sobrevendrá en los días que le quedan; se distinguen tres grupos que se clasifican como estresantes:
   a. Ambiente físico en los que el adulto mayor se encuentre, hacinamiento, ruidos, cambios extremos de temperatura, discusiones, crisis en el hogar de cualquier índole.
   b. Estructura social, está relacionada a las condiciones económicas, laborales y sociales, en lo económico que no percibe un sueldo acorde a sus gastos, se siente una persona improductiva y, su círculo social quizás ya no sea el mismo que cuando tenía la plenitud de la vida, posiblemente sus amigos más cercanos están lejos o murieron, para

ellos esta situación los deprime de tal forma que su estado anímico va en decaimiento originando mayor susceptibilidad orgánica para asumir enfermedades de cualquier tipo.

c. Situaciones conflictivas: eventos estresantes que tienen origen interpersonal o en la familia, como presencia de enfermedad grave, discapacidad, fallecimiento, violencia conyugal u otros eventos de índole complicada para ellos.

2.18. Comunidad

Definicion. Conjunto de personas que viven juntas bajo ciertas reglas o que tienen los mismos intereses.

Tipos de comunidad. Existen tres tipos de comunidades; urbanas, rurales y suburbanas o marginales.

La comunidad urbana. Se caracteriza por presentar un conjunto de individuos organizados y establecidos que conforman las ciudades, estas a su vez tienen sus gobiernos locales e instituciones de variadas funciones, públicas, privadas y ONG's que brindan sus servicios a la comunidad en general, actualmente existe el CAC (Centro de atención al cliente) en donde son varias las instituciones públicas que se albergan para ofrecer un mejor servicio a los usuarios que demandan la atención. Si una persona acude al CAC para una gestión, es posible que allí mismo le corresponda visitar algunas otras sin tener que trasladarse a otro lugar y regresar al mismo para finalizar sus trámites. Son las facilidades y una de las características de la zona urbana.

También se encuentran todos los servicios básicos, agua, luz, telefonía, internet, televisión por cable, alcantarillado fluvial, drenajes de aguas servidas, calles pavimentadas, estas las poblaciones superan las 2.500 personas, además las actividades que se realizan son variadas, entre ellas el comercio considerada la más importante, mediante ella se realizan las transacciones para la compra y venta de variados productos sean estos del campo o importados o también se presenta la exportación de productos de alta tecnología y calidad.

Comunidad suburbana. Son barrios, sectores o grupos poblaciones que se han asentado en las periferie de las grandes ciudades, evidentemente en muchas ocasiones su población es menor que las del centro de las urbes, grandes grupos de ellos han migrado del campo hacia la ciudad en busca de mejores oportunidades para ellos y sus hijos, es por eso que la única alternativa que tuvieron es de ubicarse en las márgenes de las grandes poblaciones lo que origina estas amplias masas de viviendas que no cuentan en su mayoría con los servicios básicos, lo que da como resultado epidemias y enfermedades muy comunes de prevalencia e incidencia epidemiológica, que puede abarcar grandes magnitudes si estas no son controlables.

También es común encontrar todo tipo de grupos sociales, en los que muchas veces se destacan los alcohólicos, pandilleros, prostitución, drogas, maltrato, violaciones, crímenes entre otros; actualmente este tipo de agrupaciones está controlada por la misma población que no comparte estas actitudes comportamentales, los habitantes se mantiene unidos en la defensa de su hábitat y entorno para tratar de mantener una calidad de vida mejorada familiar e individual; también tiene el apoyo de los UPC (Unidad de policía comunitaria) que están listos para ayuda inmediata en todo aspecto; el botón de pánico que utilizan algunas poblaciones son una gran alternativa para el cuidado y apoyo mutuo en casos de alguna actitud sospechosa delictiva o cualquier intromisión de parte de personas con antecedentes penales, o también en casos de maltrato intrafamiliar para la ayuda inmediata.

Las viviendas en su mayoría son rudimentarias, estas agrupaciones poblacionales son el producto de las invasiones donde se ha construido sin ningún control técnico, la mayoría de sus habitantes trabajan ocasionalmente o se dedican a diversas actividades comerciales informales, que estos pueden ser atendidos en sus domicilios o fuera de ellos. Los jóvenes en se dedican a estudiar para obtener un título y beneficiarse de las oportunidades laborales que se ofrecen en las distintas instituciones de diversos servicios.

Comunidad rural. Las poblaciones de estas agrupaciones se caracterizan por sus localidades que son menores de 2.500 habitantes, se los encuentra en un conglomerado pequeño o en viviendas dispersas, todos ellos se dedican a la

agricultura, ganadería o pesca, dependiendo de su ubicación zonal, estas comunidades en su gran mayoría dentro del territorio ecuatoriano carecen de agua potable, lo que conlleva al consumo de aguas de vertientes, quebradas o pozos de las orillas de los riachuelos o ríos, los que también son utilizados para animales, es muy común observarlos bebiendo directamente y realizando sus necesidades biológicas contaminando las aguas que serán utilizadas en las faenas domesticas en los domicilios; en la parroquia Alhajuela perteneciente a la provincia de Manabí, entre sus pobladores se ha detectado gran cantidad de leptospirosis por esa causa, la contaminación de las aguas por las heces fecales y la orina del ganado vacuno, esta es una de las tantas características de las comunidades rurales.

Otra característica de sus pobladores es que todos se conocen, dentro de su comarca y también fuera de ella, los actos culturales, festividades, reuniones de líderes para organizarse y coordinar actividades en beneficio de sus poblaciones, es importante mantener las relaciones interpersonales y conocimientos de sus vecindarios, de tal forma que si alguna persona busca a alguien en una comunidad equivocada ellos lo envían directamente donde vive, lógicamente realizando una serie de preguntas para cerciorarse a que, quien y para que se busca al individuo.

Las necesidades biológicas rurales la realizan en letrinas o excusados, los que están dentro de la casa o fuera de ella; hasta que llegue a las familias el alcantarillado para aguas servidas pasara mucho tiempo, es por esta razón que optan por esta alternativa que les permite aplicar y mantener la parte sanitaria de sus pobladores, el profesional de enfermería en algunos casos debe dar educación referente en la construcción de las letrinas con todas las especificidades técnicas, lo que ayudara a prevenir contaminaciones subterráneas, se debe recordar que estos pobladores se abastecen de las aguas de afluentes cercanas y a ellos se les dificulta la construcción de estos depósitos de excrementos y otras substancias peligrosas colindantes a los ríos.

Un aspecto importante que hay que destacar es el alumbrado público con que actualmente cuenta casi la totalidad de la población en las áreas rurales, mediante este servicio se tiene acceso a las variadas formas de comunicación

internet, televisión y radio, que son los medios más importantes en la trasmisión de novedades ocurridas a nivel local, provincial, nacional e internacionalmente, es interesante conversar con estas personas y conocer su grado de interés en los acontecimientos diarios que narran los noticieros, es una forma de auto educarse y salir un poco del desconocimiento que anteriormente se tenía en muchos ámbitos, especialmente en políticas, negocios, deportes y otras esferas que mantienen estos medios.

2.19. Saneamiento ambiental

La salud se plantea desde una mirada intersectorial que busca garantizar condiciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades que garanticen el adecuado fortalecimiento de las capacidades de las personas para el mejoramiento de su calidad de vida, se incluyen los hábitos, la universalización de los servicios de salud la consolidación de la salud intercultural, la salud sexual y reproductiva, los modos de alimentación y el fomento de la actividad física. (MSP, objetivo 3 Plan nacional del buen vivir, 2013).

Se recurre a este párrafo haciendo énfasis en la parte de la prevención en la salud y prevención de enfermedades, objetivos que se visualizaron para el mejoramiento en la calidad de vida de la población ecuatoriana, son algunos aspectos que inciden en la salud de los ciudadanos, evidentemente que cambiar las actitudes en las personas no es fácil, pero tampoco es imposible, entre las actividades del profesional de enfermería está en educar mediante la promoción de la salud y prevención de enfermedades, además de la colaboración en el mantenimiento ambiental es a los niños, la edad escolar es fundamental para plantar la cimiente de buenas costumbres en el entorno, si educamos a los niños no se los castigara cuando sean adultos con un ambiente insalubre y lleno de contaminación ambiental, se debe pensar en el futuro de nuestros congéneres, para que habiten una tierra que no solo les otorgue riquezas sino bienestar en todos sus aspectos.

Definicion de saneamiento ambiental. Proceso mediante el cual se logra la identificación de factores de riesgo, los que serán evaluados para detectar peligros en la salud de la población, generalmente son resultados de las acti-

tudes y prácticas inadecuadas del ser humano.

La OMS la define como “una disciplina que comprende aquellos aspectos de la salud humana, incluida la calidad de vida los que son determinados por factores ambientales, físicos, químicos, biológicos sociales y psicológicos”, contribuyendo al mejoramiento de las condiciones de vida en todos sus aspectos, con resultados de protección a la salud de las personas reduciendo las morbimortalidades en todas las edades, pero especialmente en los más vulnerables como son los niños y adultos mayores, paralelamente promoviendo la equidad de género en la administración y protección de recursos naturales.

Cuando se trata el tema de saneamiento ambiental, inmediatamente se piensa en todos los elementos que lo conforman, aire, agua, suelos, vegetación y a ellos se les agrega con lo que el ser humano contribuye para el desarrollo individual o colectivo entre los cuales se mencionan infraestructuras físicas, calles, avenidas, autopistas, industrias y todo los que la mente del hombre puede inventar y originar como un mecanismo adicional al entorno donde se desenvuelve.

Los determinantes en salud están clasificados en algunos aspectos, pero el ambiente, el estilo de vida de las personas, la situación política social y sanitaria juegan un papel importante en este aspecto, si se vive en un ambiente libre de contaminaciones evidentemente que la calidad de vida se verá mejorada notablemente. En este aspecto el profesional de enfermería debe desarrollar actividades de promoción y protección de la salud, que impliquen la investigación, vigilancia y control en procederes que tiene la población para mantener el saneamiento ambiental adecuado en su entorno.

Entre las actividades que debe ejecutar el equipo de salud es el enfoque a la promoción de la higiene en la población, con el propósito de romper cadenas de trasmisión de enfermedades proporcionando mejores condicione de vida, esta promoción en salud está directamente enlazada con la epidemiologia, estadística, administración y otras ciencias, pero las que se menciona son en las que debe accionar el enfermero/a.

Agua. El gobierno del Ecuador a través del Plan Nacional del Buen Vivir y

la estrategia nacional para la igualdad y erradicación de la pobreza (ENIEP), ha situado al sector del agua potable y saneamiento en un espacio importante dentro de la agenda de desarrollo del país, consiguiendo que las diferentes estructuras del estado alineen sus esfuerzos para incrementar significativamente el acceso a estos servicios básicos. (Senagua, 2012).

Alimentos. En relación a la vigilancia de la distribución, conservación, transporte, manteamiento y preparación de los alimentos actualmente existe la RESOLUCIÓN ARCSA (Agencia nacional de regulación, control y vigilancia sanitaria) -DE-067-2015-GGG, que es la dirección ejecutiva que está facultada para aplicar, cumplir y hacer cumplir las normas técnicas sanitarias en los alimentos en plantas procesadoras, establecimientos de distribución, comercialización y atención de alimentación colectiva, esta resolución consta de ochenta y seis páginas con sus diferentes capítulos y artículos, que el profesional de enfermería debe revisar para conocimiento y aplicación de las leyes.

En nuestro medio un existe y persiste la apertura de establecimientos de expendio de alimentos con poca o ninguna vigilancia sanitaria, además los que realizan esta actividad de manera ambulatoria no son controlados por ninguna autoridad, se desconoce cómo se realiza la preparación y mantenimiento en los alimentos y más aún las condiciones de salud de los vendedores ; es muy común observar los transportes donde almacenan las preparaciones que están sucios, a la intemperie que con el paso de vehículos se llenan de polvo contaminado con grandes cantidades de bacterias, virus o cualquier microorganismo que ocasionara daños a la salud, aunado a esto la manipulación y vestimenta incorrecta de los que ofrecen esta clase de alimentos. Si no se previenen estas situaciones, la población estará en un grave riesgo de que en cualquier momento reaparezcan brotes epidemiológicos, resultantes de esta actividad, la tuberculosis es una epidemia que se trasmite al toser por la saliva expulsada, se desconoce si entre los vendedores ambulantes existirán casos, será responsabilidad de los equipos de salud la intervención en cada una de las localidades realizar seguimientos periódicos en exámenes básicos para detectar y prevenir estas realidades que aquejan en el aspecto de saneamiento ambiental.

Vivienda. La constitución**,** en su artículo 375, establece como obligación de

todos los niveles del gobierno garantizar el hábitat y la vivienda dignos, con base en los principios del Sistema nacional de Inclusión e igualdad Social: universalidad, igualdad, progresividad, interculturalidad, solidaridad y no discriminación (art.340), por hábitat se entiende el entorno integral y construido en el que la población se asienta y desarrolla sus actividades, por lo tanto debe ser ambientalmente sano y brindar condiciones de seguridad para la población, estas condiciones son determinantes de la calidad de vida de las personas. (MSP, objetivo 3 Plan nacional del buen vivir, 2013)

La vivienda en el Ecuador como se puede observar en el párrafo anterior, los pobladores específicamente de la zona rural han mejorado sus condiciones habitacionales, al viajar por la campiña manabita se puede divisar como ha cambiado el estilo de sus hogares, anteriormente eran de caña, cadi y adobe, actualmente ya se están extinguiendo esa clase de infraestructuras, las que han sido reemplazadas por casitas del MIDUVI (Ministerio de desarrollo urbano y vivienda), que son construidas de cemento y hormigón, estas cuentan con ambientes básicos, sala comedor, una cocina pequeña, dos dormitorios y un espacio de baño y servicio higiénico, este último conectado a una poza séptica, en estas zonas rurales se carece del servicio de aguas servidas como ya se mencionó anteriormente en la parte saneamiento ambiental.

Las personas que han sido adjudicadas muestran su gratitud al haberles concedido una vivienda digna, en la cual se sienten seguros y con mayor privacidad; el ser humano necesita de estos estímulos para sentirse con su autoestima elevado, es gratificante para el personal de salud visitar estos lugares y no encontrar las deficiencias higiénicas que eran parte de la convivencia en sus habitantes, ya no se observan los animales domésticos intradomiciliarios, causantes de enfermedades y que daban un aspecto deprimente e insalubre, ellos cuidan el entorno de la vivienda y el interior de las mismas, esta actividad ha sido un estímulo y, en gran parte la iniciativa en ellos de mantener la limpieza en sus hogares.

Pero aun con todas estas fortalezas se continúa en la labor de educar a la población para el mantenimiento y fortalecimiento de la salud, paralelamente a las acciones gubernamentales el equipo sanitario tiene en su programación

tareas que cumplir, las mismas que están entre los deberes, derechos y obligaciones de ambas partes, la población y profesionales a quienes les compete la parte salubrista.

Factores contaminantes. La asamblea general de la organización de las naciones unidas ONU, declaro al 5 de junio como el día del medio ambiente en reunión del año 1972, la declaratoria tuvo como antecedente la conferencia de Estocolmo en la que se discutió la problemática. Desde entonces alrededor del mundo se realizan una serie de natividades conmemorativas y se escoge un país para celebrarlo, en el Ecuador como en los llamados países en desarrollo la situación ambiental se considera alarmante, los indicadores así lo demuestran:

- Alta tasa de deforestación y erosión de los suelos.
- Pérdida de biodiversidad y recursos genéticos.
- Desordenada e irracional utilización de recursos naturales.
- Creciente contaminación del aire, agua y suelo.
- Deficiente manejo de desechos.
- Deterioro en las condiciones ambientales humanas.
- Desertificación, sequías e inundaciones.
- Deterioro de las cuencas hidrográficas entre otros.(Hora, 2017)

El agua. Inicialmente ya se mencionaron algunos aspectos relacionados al líquido vital de los seres vivos; las condiciones para su consumo son el tratamiento y pureza, estos elementos impactan en la salud y bienestar de la población, la OMS reporto en este año (2017) que en nuestro país solo el 5% de las aguas servidas son tratadas antes de ser descargadas en el curso de agua natural, considerando que el abastecimiento es uno de los principales agentes de trasmisión de enfermedades infecciosa digestivas, en donde se ven afectados los más pobres por no contar con agua potable.

La diversidad de contaminantes originados por las actividades del hombre están en todas partes, obviamente se desplazan estas partículas nocivas existentes en las aguas que recorren grandes territorios y que sirven de abastecimiento para la agricultura, ganadería y menesteres domésticos, el problema de la contaminación del agua no solo queda en que su calidad no es aceptable

para beberla, a su vez destruye gran parte de la flora y fauna existe en sus riveras y dentro de ellas, tiene un efecto colateral en sus pobladores, porque si afecta la agricultura y ganadería aumenta la pobreza y a la par se encarecen los alimentos por su escases, disminuye la calidad de vida formándose una cadena de destrucción y muerte los que pueden ser visibles e invisibles, pero que están causando mucho daño al ecosistema.

Se debe recordar que el agua es un recurso irrenovable, este se debe cuidar al máximo, a pesar de que el planeta tiene gran cantidad de agua, hay que recordar que la gran mayoría está en los océanos, que no se podrá utilizar en nada, llegara el momento en que los ríos secaran su cauce se terminara la vida acuática y se iniciara un periodo de hambruna y sed, serán nuestras generaciones futuras quienes sufrirán la escases en todo, es por eso que se tiene que empezar desde ahora a educar a los niños a concienciarse sobre cómo preservar el agua, sin agua no existirá la vida.

Contaminación del aire. Este se ha convertido en el pero foco de contaminación en las zonas urbanas, rurales y montañosas, en la zona urbana se está utilizando indiscriminadamente todo tipo de contaminantes, desde pinturas que contienen gran cantidad de plomo y que ocasiona problemas de gravedad como el cáncer en todas sus presentaciones, el humo de los carros conocido como monóxido de carbono que es un gas que deteriora las salud; son los niños los más vulnerables, generalmente las escuelas funcionan en los centros de las ciudades y, es allí donde ellos pasan la mayor parte del día, una razón más del porque la alta incidencia de enfermedades respiratorias en los menores de 5 años y escolares, según los indicadores de salud de las unidades operativas estos padecimientos están presentes en el cuadro de las diez primeras morbilidades como las de primer orden numérico.

En la zona rural la contaminación es igual o de mayor gravedad, la utilización de plaguicidas, fertilizantes y otros elementos aplicados en forma indiscriminada a las plantaciones afecta la salud de todo ser viviente, lo que se vuelve un ciclo epidemiológico, desencadenándose una serie de eventos entre los cuales ya se está sufriendo la destrucción de la capa de ozono, que a su vez origina enfermedades en la piel, el efecto invernadero que también se lo está

viviendo en los constantes cambios climáticos. Entre las actividades de mayor incidencia ambiental en el Ecuador están:

- Actividades hidrocarburiferas.
- Industrias generadoras de desechos tóxicos y peligrosos.
- Industrias generadoras de emanaciones contaminantes.
- El sector del trasporte público y privado.
- Producción agrícola con utilización de fertilizantes, plaguicidas y químicos en general.

Manejo de riesgos ambientales. El deterior ambiental seguirá agravando la calidad de vida los pobladores de este planeta, es por esta razón que se deben tomar medidas correctivas inmediatas, entre ellas se enlistan las siguientes:

- La utilización de los recursos debe ser únicamente en la medida en que estos puedan volver a renovarse, ejemplo los sembríos, plantar vegetación de corto plazo en ciertas áreas por un plazo determinado, otras áreas dejarlas descansar por dos o tres años hasta que se renueven sus nutrientes, posterior a ello volver a sembrar y descansa la que fue sembrada anteriormente, si se cumpliera con ese ciclo de descanso y recuperación de la tierra no se tendría la contaminación que se sufre actualmente, a fin de evitar su degradación.
- Protección de los ecosistemas frágiles, estos son los están por desaparecer, un ejemplo claro son los manglares, con gran importancia ecológica y biológica, además de proteger las costas son el hábitat de importantes especies acuáticas, la desaparición de estas especies se debe principalmente a la invasión de territorio para deificar viviendas a orillas de las playas.

La responsabilidad de la protección del ambiente no solo debería ser de las ministerios encargados, cada uno de los pobladores debemos ser parte del cuidado y mantenimiento del territorio que ocupamos y que es nuestra casa de vida.

CAPÍTULO III

LA ENFERMERÍA EN EL TRABAJO COMUNITARIO

MAWIL
Publicaciones Impresas
y Digitales
www.mawil.us

Al término de este capítulo el estudiante podrá definir los roles del profesional de enfermería en los diferentes programas existentes en el área comunitaria normados por el ministerio de salud pública; aplicando con habilidades y destrezas mediante la utilización de instrumentos de trabajos.

En el ámbito comunitario el enfermero desempeña diversas actividades como:

Aplicación de la ficha familiar del MSP Ecuador. Es un instrumento de trabajo que actualmente se aplica en las visitas domiciliarias, siendo parte fundamental de la historia clínica única y está disponible en todos los establecimientos de salud públicos; en el MAIS (Modelo de atención integral en salud) se utiliza en las visitas domiciliares que están programadas con el equipo básico (Medico y enfermera), en casos necesarios nutricionista, psicóloga, odontólogo o cualquier otro especialista que amerite la familia en cuestión.

En el modelo de gestión de la red pública integral de salud (RPIS), se refiere al conjunto de procesos que permiten planificar, organizar, desarrollar y controlar la provisión de atención individual e intervenciones colectivas en los servicios de salud, con el propósito de cubrir las necesidades de las personas, familias y comunidades, estas actividades deben ser diseñadas de acuerdo a los requerimientos del componente de prestación de servicios para adecuar las insuficiencias de acuerdo a los niveles de atención, asegurando la calidad de atención y eficiencia en la utilización de los servicios. Es importante destacar que el MAIS, se concreta en la construcción de la RPIS, por lo tanto no se puede ni debe operacionalizar en modelo de forma aislada o individualizada.(MSP, Lineamientos operativos MAIS - RIPS, 2014).

Desde cualquier nivel de atención la organización en la atención integral e integrada, se debe construir visionando la construcción de los movimientos que tiene la comunidad, familia y personas diferenciadas por grupos etarios y, estos a su vez hacia el acceso a servicios de salud de acuerdo a sus necesidades en la resolución de problemas que presenten. En las unidades de salud de primer nivel de atención se debe planificar en el PLOS (Planificación local de salud), lo que permitirá tener organizado para el año todas las actividades a realizarse y,

entre ellas están las visitas domiciliarias que el profesional de enfermería debe cumplir con sus metas y coberturas ya definidas, evidentemente con objetivos propuestos en cada una.

Atención integral a la población. Todas las acciones que se realizan deben ser dirigidas sistemáticas y ordenadamente, con enfoque intercultural, generacional y de género, todas estas actividades estarán direccionadas a la reducción, neutralización o eliminación de los factores presentes o potenciales que incremente el riesgo de enfermar o morir. Al aplicar la ficha familiar se debe tener en cuenta que es un instrumento legal, toda la información registrada debe ser real, sin adicionar ni omitir ninguno de los parámetros solicitados, de ella se analizaran indicadores que son determinantes en la salud de la comunidad, individual y comunitaria, es importante destacar que el llenado no se lo podrá ejecutar en la primera visita, para cumplir este proceso se necesitan como mínimo de 4 entrevistas, cada una de ellas debe ser programada según la necesidad; a continuación una breve descripción sobre el llenado de cada uno de los formularios.

3.1. La ficha familiar

consta de 4 hojas, la primera la anamnesis, la segunda de riesgos, la tercera de evolución, y la cuarta el familiograma y contaminación ambiental, todos ellos conforman el anexo 1, que corresponde al sistema nacional de salud – ministerio de salud pública / historia clínica única (SNS-MSP / HCU-anexo 1 / 2008). Anexo 2

La página 1, que corresponde a la anamnesis consta de 4 parámetros numerados y uno sin numerar que son los que corresponden a los datos de ubicación de la unidad operativa:

1. Información georreferenciada.
2. Miembros de la familia por grupos de edad.
3. Mortalidad familiar.
4. Responsable del llenado de la ficha familiar, que por lo general siempre lo realiza el profesional de enfermería o el médico.

La página 2 corresponde a la calificación del riesgo familiar en donde se encuentran tres filas, 5 columnas amplias y cuatro columnas reducidas en donde se colocara la calificación por componente, las primeras con sus distintos literales y las especificidades de riesgo, en los que se encuentran, A biológicos, B sanitarios y C socio- económicos; que sumados da un resultado de 18.

Como se mencionó anteriormente, esta ficha familiar se la debe llenar como mínimo en 4 visitas por la complejidad que significa la transcripción de datos; en cada uno de los componentes se podrán distinguir la existencia de riesgo alto, medio, bajo o sin riesgo, dependiendo de la calificación en el rango total se debe intervenir en la familia visitada, se deben considerar visitas subsecuentes si la familia presenta desde riesgo bajo, porque este podría desencadenarse en los inmediatos, por lo tanto las medidas preventivas serán las de primer orden para que esta situación no progrese, por el contrario se mostrara sin riesgo, ese sería el resultado de una intervención oportuna y eficaz del equipo de salud.

La hoja tres corresponde a la evolución de la gestión de riesgo familiar, aquí se transcriben todos los acontecimientos relacionados directos o indirectamente con los riesgos y la fecha en que fueron analizados, todos ellos deben tener números con el propósito de constatar cuantas visitas se han realizado, ejemplo si se detecta en una familia que existe mala eliminación de basuras y excretas, se debe ubicar la fecha de análisis que corresponde a la primera visita, seguido del número 1, en este caso, luego el compromiso de la familia que podría ser que en la segunda visita existan depósitos seguros y adecuados para la basura.

El compromiso del equipo de salud será apoyarles y motivándoles en la educación de las visitas siguientes; para cuando se realice la evaluación del cumplimiento de los compromisos de ambas partes también debe ir registrado, estos pueden planificarse y ejecutarse los que sean necesarios, para ello se muestran 18 filas. En esta hoja se debe registrar en cada visita la evolución de las gestiones realizadas para prevenir cualquier tipo de riesgo o en caso contrario eliminarlos.

La hoja 4 corresponde a los numerales 7, 8, 9 y 10; en el numeral 7 se debe diagramar la estructuración familiar hasta con la tercera generación, abuelos,

padres e hijos, la simbología correspondiente se debe utilizar acompañada de las abreviaturas en el caso de la existencia de alguna de ellas, en el numeral 8 se ubicara la referencia de la vivienda para una mejor ubicación y determinar los puntos de contaminación si existiera el caso, el numeral 9 está relacionado con el anterior, nótese que también existen 7 líneas, que serían las fechas de los informes sobre los diferentes tipos de contaminación que existen en el área de la vivienda o comunidad, entre los que podrían existir: mecánicas, aserraderos, avícolas, sembríos con utilización de plaguicidas, centros de diversión (alcohol, prostitución, drogas, pandillas) y otras actividades determinantes en la salud de la población.

El numeral 10 corresponde al lugar o persona que acuden para el tratamiento, ejemplo en el caso de la recolección de basura deberá ser con un representante del GAD (Gobierno autónomo descentralizado), para que realice las gestiones pertinentes y prevenir epidemias futuras; esta institución interviene articuladamente con el sistema de salud para ejecutar acciones que promuevan y fomenten las buenas costumbres en los habitantes, cumpliendo así las políticas que constan en los objetivos del Buen Vivir.

Rol del profesional de enfermería comunitaria. Los roles del profesional de enfermería son variados, dependen estos del nivel de atención en la que se encuentren y de las funciones que ejercen, pero existen algunas con las cuales se identifican algunos de ellos: promotora, educadora, mediadora y defensora; en los programas del salud en los cuales tiene mayor intervención ENI (Estrategia nacional de inmunización) y PCT (Programa del control de la tuberculosis) y TNN (tamizaje neonatal) con esto no se quiere decir que en los restantes no tiene participación alguna.

En el proceso de reingeniería actualmente otros profesionales se ocupan de la administración, control y monitoreo en los mismos, ejemplo un Nutricionista se encargara de todo lo relacionado a esa parte, lo mismo con el epidemiólogo y así cada para cada uno de los programas. Se debe recalcar que no es que el profesional de enfermería haya perdido protagonismo en el área de salud, al contrario se la ha despejado de multiplicidad de actividades que ejercía con mucho acierto, responsabilidad, habilidades y destrezas, es la profesión que

tiene mayor amplitud en sus funciones y con seguridad la única persona que lidera con mayor eficiencia los programas del MSP.

3.2. Estrategia nacional de inmunización

Hasta hace poco (2015) se le conocía como el PAI (Programa ampliado de inmunizaciones); recordando un poco el inicio de este programa se lo ejecuta con la participación activa de la OMS / OPS, teniendo como antecedente enfermedades que incidían en un País como el nuestro en vías de desarrollo, en tiempos anteriores era común tener el virus de la rabia en el entorno, en la década de los años 70 – 80 llegan los amigos de las Américas, conformado por estudiantes de veterinaria de EEUU, como parte de sus estudios a colaboraren la vacunación canina en Ecuador, ellos conocían de los casos de rabia presentados en esa época, su trabajo cubrió las zonas rurales y urbanas, obviamente con el apoyo del MSP y otros organismos directa o indirectamente relacionados con la parte salubrista. El PAI desde hace 39 años participó activamente en la prevención y erradicación de varias enfermedades inmunoprevenibles.

En el año 2009 el SIN (sistema nacional de información) se obtienen resultados en el control de enfermedades, 8 años sin fiebre amarilla, 18 años sin poliomielitis, 12 años sin sarampión, cuatro años sin rubeola, la disminución de tosferina es evidente, la ausencia de caos de difteria lo muestran los datos estadísticos nacionales, la eliminación de TNN (tétanos neonatal) como problema de salud pública nacional y provincial, disminución de e formas de neumonía y meningitis por Hib y el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica de las enfermedades inmunoprevenibles. (MSP, http://www.salud.gob.ec/programa-ampliado-de-inmunizaciones-pai/, 2009).

Cuando se planifica se trazan objetivos que con el pasar de los años se notan los resultados positivos en la población ecuatoriana, especialmente en los grupos llamados vulnerables, entre los cuales están los menores de cinco años, las embarazadas y adultos mayores. Para ponerlo en ejecución se requirió el desarrollo y mantenimiento de estrategias, las que fueron apoyadas en técnicas y conocimiento actuales en ese momento de personal profesional quienes aportaron sus experiencias, habilidades y destrezas en lo concerniente a la parte ad-

ministrativa y técnica operativa, de tal forma que actualmente es el programa de mayor amplitud, en el sentido de la gran cantidad y variedad de biológicos que se encuentran en los bancos de vacunas a nivel nacional, los equipos del MSP apoyan todas las actividades relacionadas a la ejecución de tareas que tienen el propósito de prevención, es por eso que las unidades del primer nivel de atención son las responsables dela administración de todo lo que implica el ENI.

¿Por qué se le cambia su denominación? Porque cumple su misión en asegurar la inmunización universal además de la visión que es haber logrado la eliminación y/o erradicación de algunas (EPV) enfermedades prevenibles por vacunación, cumpliendo de esta manera el objetivo principal en disminuir las tasas de morbimortalidad en la población objeto, es decir se considera una estrategia nacional que dio como resultado indicadores positivos.

Para mantener este programa se debe disponer de cuantiosos recursos económicos, son muchos los equipos, instrumentos, herramientas, material fungible, entre otros además de los biológicos que su adquisición es costosa; si se midieran costos beneficios se puede asegurar que en los actuales momentos, la población está libre de epidemias, que si no existiera la estrategia de inmunizar sería altamente vulnerable y sus gastos en curación y profilaxis sería mucho mayor, así como también las pérdidas humanas que ocasionan gran dolor en las familias.

Revisión de aspectos básicos del ENI. El estudiante de enfermería del segundo nivel conocerá en este capítulo aspectos básicos como la visión, misión, objetivos y metas del ENI, por ser un programa tan amplio la parte administrativa se la conocerá en el capítulo 3 que presentara todo lo concerniente al proceso de la administración.

Es importante conocer que el profesional de enfermería paralelamente a este programa deberá administrar la parte correspondiente a la vigilancia epidemiológica, mencionado en otra forma la estrategia nacional de inmunización está ligada permanentemente con la epidemiologia, estas no pueden estar aisladas en ningún momento, una de las razones principales de la complejidad del pro-

grama y en la cual solo el profesional de enfermería lo lidera.

3.3. Funciones de los responsables del ENI y de la vigilancia epidemiológica por niveles de atención

En el siguiente cuadro se describirán las funciones que debe ejercer cada uno de los responsables del ENI, los estudiantes y futuros profesionales de enfermería deberán aplicar los conocimientos adquiridos en el accionar de sus funciones, en este como todos los programas del MSP no se admiten errores; son pocas las actividades en las cuales no tienen intervención los líderes de nivel provincial y local, es por eso la importancia del manejo del ENI y EPV.

FUNCIONES DE LOS RESPONSABLES	NIVELES DE GESTION		
REGULACION Y NORMATIZACION	CENT.	PROV.	LOCAL
Regulación y normatizacion para otros sectores	X		
Elaboración y actualización de normas y procedimientos ENI y VE	X		
Clasificación de áreas y localidades de riesgo	X	X	X
Determinación de necesidades de biológicos, jeringuillas, equipos y/o elementos de la cadena de frio y recursos financieros	X	X	X
Motivación y reconocimiento al personal que trabaja ENI y VE	X	X	X
CONDUCCION			
Asesoramiento a las Autoridades en lo relacionado al PAI y VE	X	X	X
Apoyo a descentralización y desconcentración	X	X	X
Apoyo técnico a las áreas de salud en la elaboración del plan estratégico anual y de contingencia	X	X	X
Elaboración y seguimiento de planes y programaciones nacionales, provinciales y locales.	X	X	X
Cumplimiento de las normas técnico administrativas del PAI y VE local	X	X	X
Elaboración de informes y solicitudes de biológicos e insumos	X	X	X
Análisis de la información y toma de decisiones	X	X	X
VIGILANCIA DE EPV		X	X
Notificación oportuna de los casos		X	X
Reportar al nivel central/provincial/área de salud la notificación semanal negativa o positiva de las EFENV, PFA, TNN, SRC		X	X
Realizar regularmente el monitoreo rápido de coberturas (MRC)		X	X
Practicar regularmente la búsqueda activa (BA)		X	X

Investigación de casos con la visita domiciliaria e investigación exhaustiva de brotes		X	X
Elaboración y divulgación de los indicadores del ENI y VE	X	X	X
COORDINACION			
Coordinar la cooperación nacional e internacional, gubernamental y no gubernamental y el trabajo interinstitucional, basado en las prioridades nacionales, provinciales y locales	X	X	X
SUPERVISION, EVALUACIÓN E INVESTIGACIÓN			
Supervisión de los componentes del programa	X	X	X
Evaluación de resultados e impactos para la toma de decisiones y retroalimentación	X	X	X
Identificación, aprobación y apoyo a la investigación del ENI y VE	X	X	X

3.4. ENI - esquema de vacunación. Ver anexo 6

El esquema de vacunación desde sus inicios ha sido reformado en varias ocasiones, la incorporación de nuevos biológicos es la causa de que en los actuales momentos exista gran variedad, estos están destinados a grupos programáticos entre los que constan los menores de un año, de 12 a 23 meses, 24 a 35 meses, 36 a 59 meses, 5 años, 9 años, 15 años, incluidas las vacunaciones en grupos de riesgo MEF (Mujeres en edad fértil) embarazadas y no embarazadas, personal de salud y estudiantes de salud, trabajadoras sexuales y privados de la libertad, viajeros, enfermos crónicos desde 6 meses en adelante, y adultos de 65 años y más.

Quienes laboran en las unidades de salud del primer nivel de atención entre sus actividades esta la promoción de todas las vacunas, con el propósito de que la población conozca sus beneficios, estas son accesibles a toda condición social, no existen excepciones, solo se debe considerar los casos especiales en los cuales no puede recibir la inmunización, como son los que presentan alergia a alguna de las presentaciones, es por eso que el profesional salubrista tiene que revisar las normas para poder ejecutar estas acciones, con la seguridad de que lo está haciendo con criterio científico y técnico, además de la aplicación de ética profesional, que es el valor que caracteriza al enfermero/a en todo su accionar profesional.

Una de las consideraciones especiales que debe inculcarse a la población es que las vacunas que se ofertan en el MSP, son gratuitas, garantizadas y que cumplen con normas de mantenimiento, con técnicas de aplicación, con una cadena de frio que garantiza la conservación en ningún otro lugar se encontraran biológicos con estas características que son determinantes en el momento de la inoculación.

La concienciación en las madres se ha logrado, no fue una tarea fácil, en las últimas décadas se promocionó, educó y fomentó la vacunación especialmente en los niños y madres embarazadas, de tal forma que actualmente son pocos los casos de niños que no reciben el esquema completo, los que existen es obligación del personal de salud llegar a ellos y cumplir con esta actividad, en el caso de las embarazadas todas reciben la dosis correspondiente, hay que recordar que la dT, contiene difteria y toxoide tetánico, este último con mayor concentración, mientras que la Dt, (Difteria y tétanos) se aplica a los 5 años, en esta la difteria es mayor concentración, para reconocerlas solo se tomara en cuenta la letra mayúscula en cada una de ellas. La DPT (Difteria, pertusis y tétanos) también la recibe el menor de 12 a 23 meses, en las MEF que es el periodo de edad comprendido entre 10 a 45 años reciben una dosis en la edad escolar, si sumamos estas dan un resultado de 3 dosis aplicadas hasta los 10 años, es así que a la embarazada cuando llega a la unidad de salud se le aplica una dosis en el momento del contacto, a los 6 meses la segunda y la tercera al año de haberse aplicado la última dosis, solo así se completa en esquema de vacunación de la embarazada.

3.5. Técnicas de aplicación de vacunas

Las vacunas son aplicadas a nivel subcutáneo, intradérmico y muscular.

- **Intradérmica** es la BCG (Bacilo de Calmette Gueryn)
- **Subcutáneas**: SRP (Sarampión, rubeola y parotiditis), FA
- (Fiebre amarilla), y SR (Sarampión y rubeola).
- **Intramusculares:** HB (Hepatitis B), Pentavalente (DPT +HB +Hib; Difteria, pertusis, tosferina, hepatitis B y Haemophilus influenzae tipo B), DPT (Difteria, pertusis, tétanos).(MSP, Estrategia Nacional de Inmunizacion, 2015)

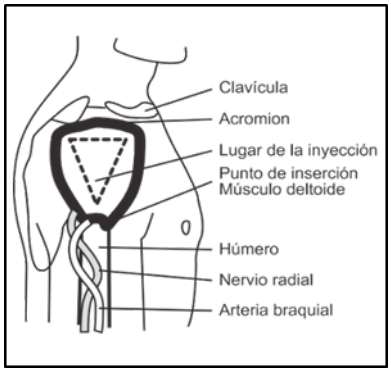


Figura 3.

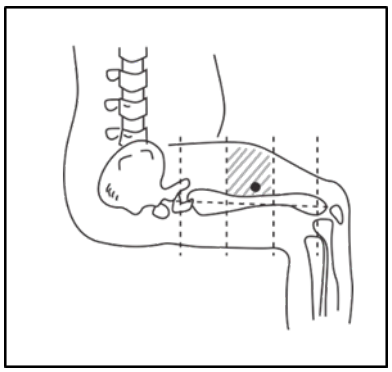


Figura 4.

En las figuras insertadas se puede apreciar el lugar correcto para la inserción de las vacunas intramusculares, la 9 corresponde al musculo deltoides y la 10 al vasto externo, que usualmente es donde se aplica la pentavalente. (MSP, Estrategia Nacional de Inmunizacion, 2015)

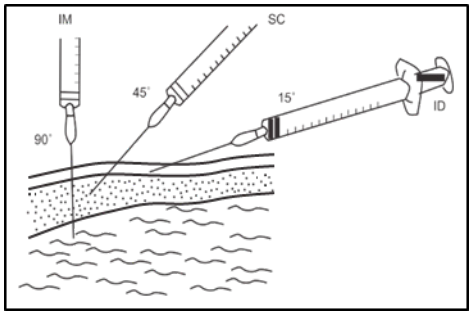


Figura 5. (MSP, Estrategia Nacional de Inmunizacion, 2015)

En esta figura se aprecian los ángulos en las que deben estar las agujas para la inserción de las diferentes vacunas en los sitios respectivos.

3.6. Cadena de frio

Se define a la cadena de frio como el conjunto de normas, actividades procedimientos y equipos que aseguran la correcta conservación de los biológicos, en condiciones de luz y temperatura, garantizando su inmunogenicidad desde la salida del laboratorio fabricante hasta la administración al usuario. (MSP, Estrategia Nacional de Inmunizacion, 2015)

En todas las unidades del MSP, de primer nivel de atención se encuentran los departamentos destinados a este programa, la protección que se brinda a los biológicos es garantizado en su totalidad; ya se había comentado anteriormente que son las únicas que ofrecen garantía al recibirlas el beneficiario/a; actualmente se encuentra un área de vacunación en el IESS que brinda los servicios de vacunación solo amenores de 1 año, principalmente orientado a la aplicación de la BCG.

Los niveles de cadena de frio corresponden a la organización técnico-administrativa del sistema nacional de salud. A continuación se presentan los niveles y el tipo de banco o institución.

NIVEL	TIPO DE BANCO O INSTITUCION
Central	Banco Nacional de vacunas
Regional	Coordinación zonal
Distrital	Banco Distrital de vacunas - Bancos provinciales
Local	Banco local de vacunas – Unidades operativas

3.7. Elementos de la cadena de frio

Los elementos fundamentales de la cadena de frio son tres: los recursos financieros, los materiales y el gran talento humano que son las personas que directa o indirectamente están involucrados en el transporte, almacenamiento, distribución, manipulación y aplicación de las vacunas, en este último caso los profesionales de enfermería.

Equipos y otros componentes. Al mencionar equipos y otros elementos de la cadena de frio, se supone un sinnúmero de unidades, dispositivos, mecanismos o partes que lo forman, estos son de gran importancia para que los objetivos del programa se cumplan, si faltase uno de ellos se rompe el eslabón dejando de funcionar y llevando al caos la situación. A continuación tenemos:

Cuarto frio. El cuarto frio es una ambiente bastante amplio donde se almacenan grandes cantidades de biológicos, estos solo existen en los niveles, nacional y regional, están revestidos de poliuretano para un mejor enfriamiento

y conservación de las vacunas.

Figura 6. (MSP, Estrategia Nacional de Inmunizacion, 2015)

Congeladores. Se los utiliza para la conservación de vacunas virales además de la congelación y conservación de los paquetes fríos, estos se los encuentra a nivel nacional, regional y distrital.

Figura 7. (MSP, Estrategia Nacional de Inmunizacion, 2015)

Figura 7.1.(MSP, Estrategia Nacional de Inmunizacion, 2015)

Refrigerador. Es parte fundamental del equipo de trabajo en todos los niveles, las características que presentaba anteriormente es que debían tener una sola puerta, actualmente es muy común observar que las hay de 2 puertas, la del congelador y refrigerador, esto ha minimizado el riesgo de no abrir las puertas más de lo que dictan las normas (2 veces al día) cuando se llega en la mañana se revisa la temperatura se extrae la vacuna para el día al termo y en la tarde se realiza el mismo proceso. Con el congelador separado se pueden retirar los paquetes fríos las veces que sea necesario porque esta acción no influirá en la temperatura de las vacunas.

Figura 8. (MSP, Estrategia Nacional de Inmunizacion, 2015) Representacion grafica de cómo se debe cargar la refrigeradora con los elementos necesarios.

Ubicación de la refrigeradora. Este equipo debe estar ubicado en un ambiente fresco, donde no lleguen los rayos del sol, pues esto influirá en la calidad de las vacunas, el espacio debe ser muy bien ventilado de ser necesario con aire acondicionado o temperatura cálida, cerca de ella no debe existir ninguna fuente de calor, el espacio entre el equipo y la pared debe ser de 15 cm., con el propósito de que el calor que irradian la paredes no afecte el equipo ni las vacunas, debe estar bien nivelada para que no influya en lo más mínimo en el mantenimiento de los biológicos.

Partes del refrigerador. En la parte superior se encuentra la zona de congelación, la temperatura en este espacio es de entre -7º. A -15º.C, aquí se ubican los paquetes fríos los mismos que deben ser colocados de forma vertical, la parte del refrigerador se encuentra debajo del congelador, la temperatura es de entre +2º. +8º.C, generalmente se divide por parrillas entre 2 o tres espacios.

Caja térmica. Es una caja de diferentes dimensiones con la característica especial que sus paredes están cubiertas de poliuretano, se lo utiliza para el transporte de biológicos entre diferentes regiones o distritos, son adecuados para mantener la temperatura entre 16 a 20 horas, lo que permite durante el traslado garantizar que la cadena de frio se mantenga en niveles óptimos utilizando paquetes fríos o hielo seco según el requerimiento.

Fuente.- Guía de Cadena de Frio 2005

Figura 9. (MSP, Estrategia Nacional de Inmunizacion, 2015)

Termos. Son cajas pequeñas que se utilizan para vacunas, usualmente se los ocupa cuando hay campañas de vacunación (extramural), en donde se transportan pequeñas cantidades y en la unidad de salud diariamente para la conservación de biológicos, con el propósito de no abrir los refrigeradores tantas veces; el acto de la apertura de la puerta de este equipo si se lo mantiene 2 minutos en ese estado, para llegar a la temperatura inicial tardaría 2 horas, lo que ocasionaría la destrucción de los virus o bacterias vivos o atenuados que son os componentes de las vacunas, razón por la cual los termos son ideales para las labores diarias. Estos equipos mantienen la temperatura entre +2º. A +8º. C hasta 72 horas sin abrirlos, en el caso de su utilización durante una jornada de

trabajo este solo es útil durante ese tiempo.

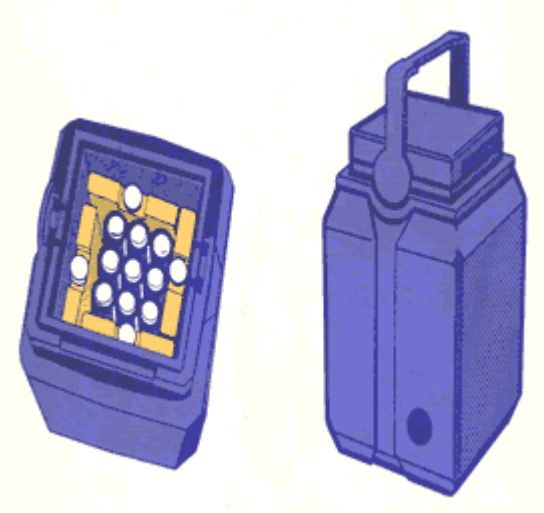


Figura 10. (MSP, Estrategia Nacional de Inmunizacion, 2015)

Termómetros. Con ellos se mide la temperatura del refrigerador y de los termos, si no existiera este pequeño dispositivo la tarea de monitorear la calidad de las vacunas sería casi imposible.

Figura 11. (MSP, Estrategia Nacional de Inmunizacion, 2015)

Paquetes fríos. Son pequeños elementos que se utilizan para las paredes del termo y cajas frías, en la actualidad son cargados con silicón porque utilizando esta técnica hay mayor conservación y mejor mantenimiento de la temperatura interna de los equipos a manejar.

Figura 12. (MSP, Estrategia Nacional de Inmunizacion, 2015)

Recomendaciones:

- Cuando se retiren los paquetes fríos del congelador, estos deberán reposar en una superficie plana, el propósito es de que en un tiempo estimado "suden" y se los procede a limpiar. NUNCA colocarlos directamente en los termos, la congelación que presentan directamente incide en la calidad del biológico, se corre el riesgo de que se coagulen o precipiten el contenido bacteriano de las vacunas.
- Cuando se utilicen cajas térmicas, los paquetes fríos deben ir colocándose en las paredes del mismo según la necesidad, JAMÁS colocar en la base, el frio tiende a bajar, lo que resultara que con los colocados lateralmente y los que irán en la parte superior antes de la cubierta será suficiente, si no se cumple con lo recomendado en el caso de que sean vacunas bacterianas se arruinaran.

Hoja de control de temperatura. Es un instrumento de trabajo diario, en ella se debe registrar la temperatura interna del refrigerador, esta acción se la realiza 2 veces en la jornada laboral, en la mañana cuando se llega y en la tarde cuando se culmina el trabajo. Siempre la temperatura debe estar entre +2º. +8º.C, si en algún momento estos valores están por debajo o encima se debe comunicar inmediatamente al técnico y será necesario la utilización del plan de

contingencia.

Canastillas plásticas o bandejas perforadas. Se utilizan para ordenar los frascos y ampollas de biológicos, las virales deben situarse en la primera parrilla de arriba, las bacterianas en la segunda parrilla, con el propósito de que las primeras se mantengan más frías.

Botellas con agua. Se las utiliza también para la conservación de la temperatura en el caso de que suceda una falla en la energía eléctrica, estas ayudaran a mantener por un tiempo corto el frio interno de las refrigeradoras, es necesario que el agua contenga algún colorante químico para que no sea utilizada en otros menesteres, incluida la ingesta.

ESAVIS. (Eventos supuestamente atribuidos a vacunación e inmunización). Son eventos raros que aparecen entre uno o dos días posteriores a la administración de la vacuna, las causas se atribuyen a tres aspectos básicos.

1. La persona que vacuna no previene eventos comunes y leves.
2. Eventos raros y severos no prevenibles por el vacunador.
3. Error operativo del programa, por la vacuna o tecnología utilizada.

Cuando suceden estos casos se debe realizar una evaluación inicial, con la debida información que se les brindara a los padres sobre la situación, es necesario comunicarles que la reacción presentada podría no deberse a la administración de la vacuna, con el propósito de no alarmar a la población, es de obligatoriedad que se realicen las investigaciones para emitir un informa claro y preciso, este proceso se iniciara con in inventario de equipos y materiales utilizados en el momento de la vacunación, se tomaran todos los datos demográficos del afectado, además del tipo de evento presentado. Los antecedentes patológicos que se podrían relacionar con el ESAVI, para conocerlos se debe remitir a la historia clínica del afectado; en el caso extremo que ya sería la muerte describir como fue encontrado, verificar la temperatura corporal, si existen presencias de secreciones por boca o fosas nasales; el informe de la autopsia y anatomía patológica es parte necesaria de la investigación.

Si se diera el caso que efectivamente fue el biológico el que ocasiono el daño, se debe identificar la vacuna, el lote, la fecha de caducidad, laboratorio de fabricación, el transporte, la procedencia de las vacunas, el aspecto físico que se observa, las jeringuillas utilizadas y la revisión del protocolo de producción, estos últimos serán investigados por personal capacitado en la rama. Sumado a todos estos aspectos también se debe inspeccionar la parte operativa del programa, realizar seguimiento a niños/as que recibieron la misma vacuna con el mismo lote para constatar que no ocurrió otro caso.

3.8. Rol del profesional de enfermería en el programa del control de la tuberculosis. (PCT) Ecuador

La tuberculosis está asociada frecuentemente con la pobreza, pero muchos determinantes juegan un rol importante en su prevalencia, los países latinoamericanos luchan contra la presencia de esta enfermedad y enfermería juega un rol protagónico en el control de este problema planteando intervenciones integrales en diferentes esferas del individuo, familia y sociedad.

La intervención de enfermería se enfoca desde el planteamiento de políticas públicas basadas en estudios de base epidemiológica, mediante la implementación de programas multisectoriales hasta la atención directa y educación de los usuarios en el plan operativo. Diferentes instituciones profesionales en enfermería pueden desarrollar un papel decisivo en el abordaje integral del problema, no sólo en el ámbito nacional sino también internacional, pero para ello se requiere establecer redes de apoyo con integración educativa, social, técnica y política.(Flor Yesenia Musayón Oblitas, 2010)

El profesional de Enfermeria en el Ecuador cumple con el rol protagónico como parte de su desempeño competitivo, su presencia en la salud es importantísima, no se podría prescindir de ellas/os, son la parte fundamental en todos los servicios de salud, su formación esta visionada en todos los espacios donde se requiera educar, promocionar, fomentar, rehabilitar y curar.

Uno de los programas del MSP que lidera la enfermera es el PCT, sus actividades comunitarias están direccionadas a la promoción prevención, obser-

vación y en el desempeño de la administración de los medicamentos que debe ingerir el afectado, es necesario que recalque la importancia en el cumplimiento con el esquema respectivo, cumpliendo así uno de los objetivos de proporcionar tratamiento específico, gratuito y observado a todos los afectados de tuberculosis sensible y multidrogorresistente a nivel hospitalario y ambulatorio.

El objetivo 3 del Plan nacional del buen vivir en el numeral 3.2 dice: ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de las personas que en su literal c menciona que: se debe fortalecer el sistema de vigilancia y control epidemiológico con responsabilidad comunitaria, ante posibles riesgos que causen morbimortalidad evitables o que sean de notificación obligatoria. (MSP, objetivo 3 Plan nacional del buen vivir, 2013).

El profesional salubrista cumple con las políticas nacionales, permanentemente está en la búsqueda de casos identificando y examinando a los sintomáticos respiratorios entre los usuarios hospitalizados, de consulta externa y sus acompañantes, es una forma de cortar la cadena epidemiológica; quien esta mayormente empoderado de la situación es la enfermera /o, entre las actividades de enfermería se mencionan las siguientes:

- Atención directa.
- Promoción de la salud en prevención de TB (vacunas, medidas de bioseguridad, etc).
- Valoración integral a la familia y paciente (física, psicológica, nutricional, socioeconómica, cultural).
- Cuidado integral al paciente y familia en TB, TB/VIH, TB/MDR, gestante, población vulnerable en desventaja.
- Educación sanitaria a paciente, familia y comunidad.
- Reinserción social.
- Empoderamiento.
- Educación critica para la participación popular.(Flor Yesenia Musayón Oblitas, 2010)

Una de las actividades básicas a nivel local para la enfermería es la valoración

y promoción de la participación ciudadana, el PCT entre sus objetivos específicos señala que se debe facilitar a los líderes comunitarios el apoyo a las actividades de control de TB en la promoción, prevención, detección de sintomáticos respiratorios (SR), y administración de tratamientos en casos necesarios.

Una de las cuestiones básicas a nivel local para la enfermería es valorar y promover la participación de la comunidad, esta debe empoderarse de las situaciones de salud que se presentan, de tal forma que así garantizan la calidad de vida de los habitantes y, en este aspecto tiene mucha injerencia el profesional de enfermería, la información se considera una herramienta fundamental para capacitar al usuario, con el propósito de que participe como elemento activo en el control social del sector, por ello está considerada como estrategia de acción en las políticas del buen vivir.

En el rol de educación que debe impartir la enfermera/o, este debe estar direccionado a la familia y personas que están directamente vinculadas en proceso del tratamiento antituberculoso y, comprometerles a que siempre estén en constante comunicación con el contagiado para estimularles a cumplir con el tratamiento. Paralelamente el equipo de salud podría elaborar estrategias que permitan interactuar con otras personas que hayan recibido tratamiento antituberculoso y cuenten sus experiencias o testimonios para que haya mayor involucramiento, se sugiere formar grupos de individuos que están curados, pero siempre de manera muy privada, lamentablemente aun en nuestro medio esta enfermedad se la considera un estigma y quienes la han padecido, en ocasiones sienten vergüenza y no quieren que otras personas se enteren de lo que sufrieron.

Aquí se debe aplicar el rol de defensora, promotora y educadora, este último aspecto tiene que ser constante porque el TB cambia sus actitudes, su proceder se vuelve en ocasiones inicuo. Trabajar con ellos es un tanto difícil pero no imposible, se los debe tratar con calidez en todos los momentos, estos se vuelven además muy susceptibles, mucho más los que presentan la unión de TB/VIH o TB/MDR.

Según la OMS en su artículo sobre Tb publicada en marzo del 2017, men-

ciona que una tercera parte como mínimo de la población mundial de personas con VIH, también estaba infectada por el bacilo tuberculoso, estos tienen entre 20 y 30 veces más probabilidades de desarrollar esta enfermedad, es una combinación perfecta para su letalidad, una acelera la evolución de la otra, en el 2015 fallecieron 0,4 millones de personas por tuberculosis asociadas con VIH, ese mismo año aproximadamente el 35% de esas muertes fueron registradas de VIH- positivas que se debieron a la TB, se estima que en al 2015 se registraron 1,2 millones de nuevos casos de Tb, el 71% en el África.(OMS, mediainquiries@who.int, 2017)

Todas las medidas que se apliquen para la prevención y tratamiento de la infección deben ser conjuntas con el equipo multidisciplinario, líderes comunitarios y personas representativas de la población, con ellos se deben realizar actividades varias para reducir las muertes por esta grave enfermedad, las que serán basadas en la colaboración de todos los involucrados, pensando en la población futura en bien de la salud y calidad de vida para todos.

Detección casos de TB. Considerada una actividad pública cuyo objetivo principal es identificar precozmente a los enfermos de TBP/BK+ (tuberculosis pulmonar BK+) que es la forma contagiante, esta búsqueda es permanente y sistemática, esta detección se la realiza principalmente en las unidades de salud públicas, privadas, ONG´S entre los consultantes y acompañante, la universalidad en la atención de salud permite que se apliquen estas actividades, son parte de las políticas y normas que el MSP instaura para mejorar la calidad de vida de la población y asegurar el acceso a los servicios y tratamientos gratuitos para quienes presentan morbilidades crónico – degenerativas entre las que esta la TB.

Definiciones operacionales. (Aspectos tomados del manual de la Guía práctica Clínica TB.MSP: Ecuador 2015).

Caso de TB: persona a la que se diagnostica TB, con o sin confirmación bacteriológica ya quien se indica e inicia tratamiento antituberculoso.

Caso índice: caso de TB inicialmente identificado, sea nuevo o recurrente,

en una persona de cualquier edad, en el hogar o en cualquier otro sitio donde haya estado expuesta. Un caso índice es el caso en el cual está centrada la investigación de contactos. (Pero este no necesariamente es el caso fuente).

Caso probable de TB: persona que presenta síntomas o signos sugestivos de TB. Incluye a los sintomáticos respiratorios.

Censo de contactos (levantamiento de contactos): es el proceso mediante el cual se identifica y registra a todas las personas que viven con el caso índice.

Contacto: persona que ha estado expuesta al contagio de un afectado con TB, y que tiene mayor probabilidad de haberse infectado recientemente y desarrollar la enfermedad; puede ser intradomiciliaria o extra domiciliario.

Contacto censado: es el contacto registrado en la tarjeta de control de asistencia y administración de medicamentos. Estos pueden ser censados en la visita domiciliaria, ambiente laboral y/o consulta médica.

Contacto examinado: si es SR, se lo considera examinado cuando se le ha realizado examen clínico y baciloscopías, o cultivo de esputo, o PCR en tiempo real, o rayos X o algún procedimiento para descartar tuberculosis. Si el contacto NO es SR, se considera examinado cuando se le brinda educación para la salud y que en caso de presentar síntomas (tos con flema por 15 días o más) acuda a la unidad de salud más cercana.

Contacto controlado: es el contacto que ha cumplido con todos los controles programados.

Infección tuberculosa latente: estado de respuesta inmunitaria persistente a antígenos de *M. tuberculosis* adquiridos con anterioridad que no se acompaña de manifestaciones clínicas de TB activa.

Conversión de la baciloscopía en TB sensible: se considera cuando la baciloscopía es negativa al segundo mes.

Conversión en TB MDR: la conversión negativa del cultivo se considera cuando dos cultivos consecutivos, tomados al menos con intervalo de 30 días, se encuentran negativos. En tal caso, la fecha de recolección de la muestra del primer cultivo negativo se usa como la fecha de conversión.

Reversión: se considera que el cultivo revierte a positivo cuando, después de una conversión inicial, se encuentran dos cultivos consecutivos positivos, tomados al menos con intervalo de 30 dias.15 Para el propósito de definir el *fracaso al tratamiento*, la reversión se considera solo cuando se produce en la segunda fase.

Sintomático respiratorio (SR): persona que tiene tos con flema por más de dos semanas (las tres condiciones juntas).

Sintomático respiratorio esperado (SRE): SR que el personal de salud espera detectar. Desde el punto de vista de la programación, corresponde al 4 % de las primeras consultasen mayores de 15 años (preventivas y de morbilidad) atendidas intra y extramural por el establecimiento de salud.

Sintomático respiratorio examinado (SREx): SR identificado al que se le realiza por lo menos una baciloscopía de esputo.

Sintomático respiratorio identificado (SRI): SR detectado por el personal de salud o agente comunitario e inscrito en el Libro de Registro de Sintomáticos Respiratorios.(MSP, Prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la tuberculosis, 2016)

3.9. Rol del profesional de enfermería en el programa de tamizaje neonatal. TN / “con pie derecho la huella del futuro”

El tamizaje neonatal se define como un procedimiento que se realiza para descubrir enfermedades que posiblemente se encuentren ocultas en un niño sano, estas con el tiempo pueden ocasionar daños graves e irreversibles si no son detectadas oportunamente, es un examen que se ejecuta en las unidades operativas del primer nivel de atención a los recién nacidos, el periodo oportu-

no para hacerlo es entre los 4 y 7 días de vida. Consiste en extraer 5 gotas de sangre del talón del niño/a, las que son transferidas directamente en la tarjeta de Guthrie, este examen se ejecuta en los hospitales del MSP, específicamente en el área de neonatología, en donde se encuentran ingresados por presentar alguna patología de mediano o alto riesgo. Este examen detecta las siguientes patologías:

- Hipotiroidismo congénito (TSH y T4).
- Fibrosis quística.
- Hiperplasia adrenal congénita.
- Galactosemia (galactosa total)
- Fenilcetonuria.

Incluye también errores innatos del metabolismo

- Acumulación de moléculas complejas.
- Acumulación de moléculas pequeñas.
- Defectos en la utilización o producción de energía.

Infecciones

- Citomegalovirus.
- Toxoplasmosis.
- HIV.

El programa constituye una prioridad dentro de la atención de problemas de salud pública, es un procedimiento considerado de gran eficacia para detectar y prevenir las patologías antes descritas. En el Ecuador, específicamente en Distrito 13D01 – cantón Portoviejo se lo ejecuta desde el año 2014, generalmente quien realiza este proceso es el profesional de enfermería en los distintos niveles de atención, pero para ello se deben considerar aspectos y procedimientos técnicos en la adquisición de la muestra para que esta sea totalmente confiable.

3.10. Técnicas de enfermería aplicadas en el TN

- Proveerse papel filtro identificándolos con el apellido materno y sexo del neonato.
- Registro completo de los datos del RN (recién nacido) en la ficha de identificación.
- No exponer ni tocar los círculos del papel filtro en ningún momento, esto ocasiona alteración en la lectura de la muestra.

Materiales a utilizar

- Lanceta estéril, con la medida estandarizada para el caso.
- Desinfectante.
- Guantes de manejo o estériles en el mejor de los casos.

Área de punción

- Identificar el área de punción.
- Imaginariamente visualice dos líneas imaginarias, una que va del meñique al talón y la otra desde la mitad del dedo gordo hacia el talón.

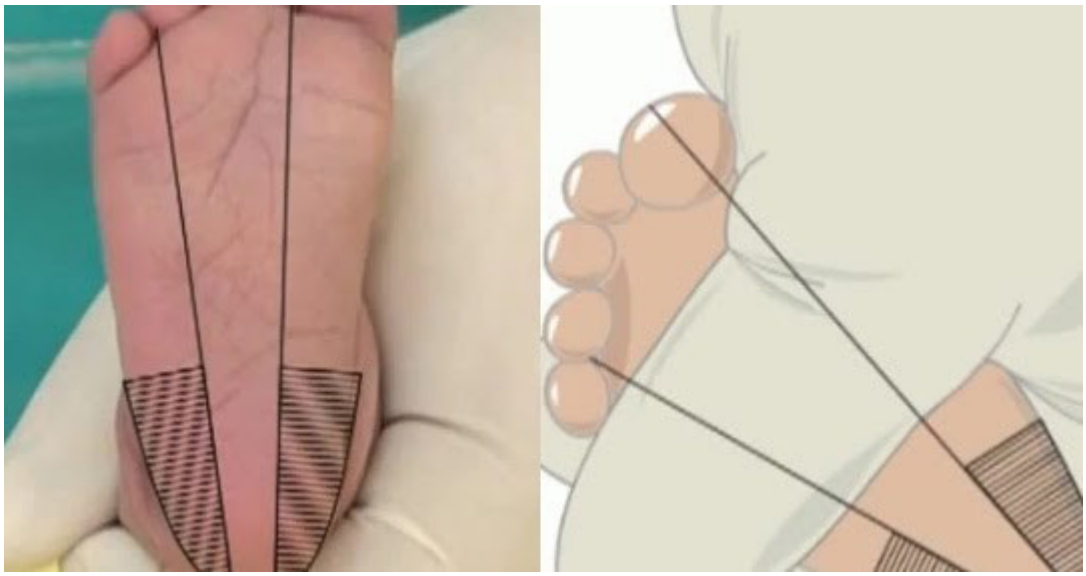


Figura N° 13. www.google.com.ec/search?q=tamizaje+neonatal+cuidados+enfermeria

Procedimiento:

Recordar: siempre el pie derecho para el examen

- Previa asepsia con un pañito de alcohol pad del área a puncionar.
- Con seguridad, tino y un solo movimiento se punciona en dirección perpendicular a la superficie del pie.
- En caso de que la sangre tarde en fluir, colocar el pie por debajo del nivel del corazón.
- Con un algodón limpio eliminar la primera gota de sangre y esperar la segunda y evitar que esta se diluya con el alcohol.
- Inmediatamente colocar la superficie de la tarjeta en una sola vez con la gota de sangre y dejar que se absorba por completo en el círculo escogido, recordar que la piel no debe tocar la tarjeta, solo la gota de sangre, es por eso que se debe tomar precaución y mantener el pie del bebe a una altura mínima de la tarjeta de Guthrie o papel filtro.
- Luego de haber colocado las gotas de sangre se procede al reposo de la tarjeta en forma natural y sin que haya obstáculos a su alrededor, evitando tocar los círculos que contienen las muestras de sangre, este proceso como mínimo debe ser por 4 horas.
- Cuando se cumplió el tiempo de secado se une el papel filtro y la ficha identificadora con un clip, para ser enviada al laboratorio correspondiente para su estudio dentro las 24 horas siguientes.

Cuando se receptan las pruebas y el examen resulta positivo, inmediatamente se localiza al RN para tratarlo con los especialistas de acuerdo al caso presentado.

1. **Hipotiroidismo neonatal.** Es la disminución de la producción de la hormona tiroidea en un recién nacido, en casos excepcionales no existe esta producción, la afección también se conoce como hipotiroidismo congénito, que significa ausencia de la hormona desde el nacimiento. Las causas que se presentan en esta patología son variadas, entre las que se menciona las siguientes:

- Ausencia de la glándula tiroides o no está totalmente desarrollada.

- Ausencia d estimulo de la glándula hipofisaria a la glándula toroides.
- Formación deficiente de hormona tiroidea o disfunción de la misma.
- Automedicación durante el embarazo.
- Deficiencia o ausencia de yodo durante el embarazo.
- Proteínas producidas por el sistema inmunitario (anticuerpos) que bloquen la función tiroidea del bebe.

Según la OMS en su nota descriptiva No. 370 del centro de prensa de abril 2015 emite datos y cifras sobre las anomalías congénitas, que en muchos países son causas importantes de mortalidad, enfermedades crónicas y discapacidad infantil, con estos datos alarmantes en el año 2010, la asamblea mundial de salud adopto una resolución sobre defectos de nacimiento en la que se pidió a todos los estados miembros que fomentaran la prevención primaria y la salud de los niños con anomalías congénitas. (OMS, Anomalias congenitas, 2015).

Entre los datos y cifras del comunicado de la OMS se encuentra lo siguiente:

- Se calcula que aproximadamente 276.000 RN fallecen durante la primeras cuatro semanas en el mundo debido a las anomalías congénitas.
- Estas pueden ocasionar discapacidades crónicas con gran impacto en los afectados, las familias, los sistemas de salud y a la sociedad.
- Los trastornos congénitos graves más frecuentes son las malformaciones cardiacas, los defectos del tubo neural y el síndrome de Down.
- Estas anomalías pueden tener un origen genético infeccioso o ambiental, aunque en la mayoría de los casos resulta difícil identificar sus causas.
- La prevención en algunas anomalías congénitas es posible si se aplican medidas de prevención fundamentales como la vacunación, la ingesta de yodo, ácido fólico en las primeras 12 semanas de gestación, suministro de complementos nutricionales además de cuidados prenatales adecuados.

Causas y factores de riesgos probables. Según la OMS no se puede asignar causas específicas al 50% de las anomalías congénitas, no obstante se identifican algunas de sus causas o factores de riesgo.

- **Factores socio económicos y demográficos**. Aunque los ingresos bajos pueden ser un determinante indirecto, las anomalías congénitas son más frecuentes en las familias y países de ingresos bajos. Se calcula que aproximadamente un 94% de las anomalías congénitas graves se producen en países de ingresos bajos y medios, en los que las mujeres a menudo carecen de acceso suficiente a alimentos nutritivos y pueden tener mayor exposición a agentes o factores que inducen o aumentan la incidencia de un desarrollo prenatal anormal, en especial el alcohol y las infecciones. La edad materna avanzada también incrementa el riesgo de algunas alteraciones cromosómicas, como el síndrome de Down, mientras que el riesgo de determinadas anomalías congénitas del feto aumenta en las madres jóvenes.(OMS, Anomalias congenitas, 2015)
- **Factores genéticos**. La consanguineidad aumenta la prevalencia de anomalías congénitas genéticas raras y multiplica casi por dos el riesgo de muerte neonatal e infantil, discapacidad intelectual y otras anomalías congénitas en los matrimonios entre primos hermanos. Algunas comunidades étnicas, como los judíos asquenazíes o los finlandeses, tienen una mayor prevalencia de mutaciones genéticas raras que condicionan un mayor riesgo de anomalías congénitas.(OMS, Anomalias congenitas, 2015)
- **Infecciones.** Las infecciones maternas, como la sífilis o la rubéola, son una causa importante de anomalías congénitas en los países de ingresos bajos y medios.(OMS, Anomalias congenitas, 2015)
- **Estado nutricional de la madre**. Las carencias de yodo y folato, el sobrepeso y enfermedades como la diabetes mellitus están relacionadas con algunas anomalías congénitas. Por ejemplo, la carencia de folato aumenta el riesgo de tener niños con defectos del tubo neural. Además, el aporte excesivo de vitamina A puede afectar al desarrollo normal del embrión o del feto.(OMS, Anomalias congenitas, 2015)
- **Factores ambientales.** La exposición materna a determinados plaguicidas y otros productos químicos, así como a ciertos medicamentos, al alcohol, el tabaco, los medicamentos psicoactivos y la radiación durante el embarazo, pueden aumentar el riesgo de que el feto o el neonato sufra anomalías congénitas. El hecho de trabajar en basureros, fundiciones o minas o de vivir cerca de esos lugares también puede ser un factor de

riesgo, sobre todo si la madre está expuesta a otros factores ambientales de riesgo o sufre carencias alimenticias.(OMS, Anomalias congenitas, 2015)

2. **La fibrosis quística (FQ)**. Es una patología causada por mutaciones en el gen que codifica la proteína CFTR (por sus siglas en inglés: Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator). El funcionamiento defectuoso de la misma, ocasiona una alteración del transporte de cloro y sodio en las células secretoras epiteliales que da lugar a la aparición de un compromiso multisistémico con manifestaciones clínicas a nivel de diversos órganos y sistemas, de las que las más relevantes son las del tracto respiratorio (afección pulmonar, de carácter crónico y progresivo) y del sistema digestivo (insuficiencia pancreática y hepatopatía), sin dejar de mencionar otras como la deshidratación por pérdida de iones por el sudor o el compromiso del sistema reproductor masculino con infertilidad por atresia o ausencia de los conductos deferentes. (MSP-UNICEF, 2009)

3. **Hiperplasia suprarrenal congénita.** Comprende un grupo de enfermedades hereditarias autosómicas recesivas, resultado de la deficiencia de una de las cinco enzimas que se requieren para la síntesis de cortisol en la corteza adrenal, correspondiendo en el 95% de los casos a la deficiencia de la enzima 21- hidroxilasa citocromo P450C21 (21-OH), la cual compromete la biosíntesis del cortisol y aldosterona en mayor o menor grado, provocando la elevación anormal de su sustrato esteroideo 17-OHP y la de andrógenos adrenales. (Dra. Elisa Nishimura, 2014).

4. **Galactosemia**. La galactosemia clásica es una enfermedad de baja prevalencia de tipo autosómico recesivo (AR) del metabolismo de la galactosa, caracterizada por una capacidad disminuida para convertir la galactosa de la dieta en glucosa debida a una alteración de la actividad de una de las tres enzimas de la vía de Leloir: la galactokinasa (GALK), la galactosa-1-fosfato uridililtransferasa (GALT) y la uridindifosfato galactosa-4-epimerasa (UDP), los recién nacidos (RN) afectados tienen un fenotipo normal y posterior a la exposición a la leche materna, que

contiene abundante galactosa, se presenta la sintomatología en función a la enzima implicada 3 . Al sospechar o hacer el diagnóstico neonatal, inmediatamente deberá de restringirse la galactosa de la dieta, ya que previene o resuelve y limita los síntomas agudos de la galactosemia clásica. Si los recién nacidos (RN) con galactosemia clásica no son tratadas rápidamente con una dieta baja en galactosa, aparecen complicaciones potencialmente mortales a los pocos días después del nacimiento. En la galactosemia tipo I, los niños afectados suelen desarrollar dificultades en la alimentación, la falta de energía, incapacidad para aumentar de peso y retraso del crecimiento, ictericia en la piel y escleras, hemorragias, dificultades en el habla y discapacidad intelectual. (MSP, Guía de Práctica Clínica (GPC), 2013)

5. **Fenilcetonuria**. La fenilcetonuria (PKU) es un error innato del metabolismo causado por una falta o un defecto en la enzima fenilalanina hidroxilasa hepática (PAH), la cual es responsable de convertir la fenilalanina en tirosina; cuando los niveles de fenilalanina (PHE) aumentan demasiado, esta proteína puede lesionar el sistema nervioso, causar retraso mental grave y complicaciones neuropsiquiátricas. Esta patología involucra en su atención aspectos nutricionales, clínicos, dietéticos, económicos, sociales y legales, los cuales pueden interferir en el tratamiento y respuesta a este. La fenilcetonuria es una enfermedad de origen genético, progresiva, cuyo patrón de herencia es autosómico recesivo. El modelo mendeliano de esta enfermedad explica que, cuando ambos padres son portadores del gen afectado y, por lo tanto, lo pueden transmitir al hijo, se pueden presentarse las siguientes probabilidades: Diagnóstico y tratamiento nutricional del paciente pediátrico y adolescente con fenilcetonuria, Guía de práctica clínica 13 - Una en cuatro (25%) de que los padres trasmitan el gen a su hijo haciendo que nazca con PKU. - Dos en cuatro (50%) de que el niño herede el gen anormal de uno de sus padres y el gen normal del otro, convirtiéndolo en portador. - Una en cuatro (25%) de que ambos padres transmitan al niño el gen normal y que este no tenga la enfermedad ni sea portador. Los heterocigotos (portadores) son asintomáticos y no tienen deficiencia de PAH. Cada vez que dos portadores conciban un hijo, la probabilidad de

que este reciba los dos cromosomas con el gen alterado es de un 25%. La probabilidad de que el niño sea sano pero portador de la mutación es del 50% y, finalmente, la probabilidad de que sea sano y no portador es del 25%. (MSP, Guía de práctica clínica (PKU), 2013).

Las actividades del profesional de enfermería en el área comunitaria son diversas, ya se lo ha descrito anteriormente, ellas/os deben asumir gran responsabilidad en todo lo concerniente a la aplicación de los programas del MSP, es la institución rectora que emite las normas, protocolos, procedimientos y políticas para que sean aplicadas a nivel del sistema de salud y, este es el gran compromiso de los que conforman el equipo salubrista en las diversos niveles de atención.

El programa se inicia con el liderazgo de la vicepresidencia de la república en el periodo presidencial del Economista Rafael Correa, fue inaugurado el 2 de diciembre del 2011 día destinado a recordar la discapacidad, en ese entones se fijan metas y coberturas del 50%, en el ecuador aproximadamente existen 223.850 personas con algún tipo de incapacidad, se debía cubrir hasta el 2012 (111.925).

Hasta diciembre del 2012 se obtuvieron 286.446 muestras de tamizaje neonatal a nivel nacional, superando las expectativas planteadas, para implementar este proyecto el MSP, debió planificar a escala nacional para que la ejecución y aplicación de tal forma que no existan errores programáticos; para ello se capacitan a cerca de 15.000 personas que serán quienes realicen las pruebas de TMN, entre los cuales la gran mayoría de los capacitados son profesionales de enfermería, conociendo que la mayor parte del tiempo son quienes tienen contacto directo con los usuarios brindando cuidado directo, educado, promocionando y previniendo en todo momento los problemas de salud a nivel individual, familiar y comunitario.

CAPÍTULO IV

ADMINISTRACION Y GERENCIA EN SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION

MAWIL
Publicaciones Impresas
y Digitales
www.mawil.us

Objetivo.- *al término de la unidad el estudiante será capaz de exponer su criterio, estableciendo diferencias entre las funciones de gerencia y administración de los diferentes niveles y, demostrar los conocimientos adquiridos mediante la aplicación de procedimientos técnicos administrativos en el área de prevención, además elaborará resúmenes, mapas conceptuales y otras metodologías de evaluación que servirán de apoyo en la práctica del conocimiento en las diversas áreas laborales*.

4.1. Introducción

El desafío de los sistemas de salud en los actuales momentos, consiste en desarrollar capacidades administrativas en las personas encargadas de dirigirlos, en Ecuador y todos los países en vías de desarrollo es imperativa la meta en resolver problemas que tiendan a mejorar el aprovechamiento de los recursos y talento humano siempre limitados, los sistemas y subsistemas de salud deben contar con una administración eficiente con el objeto de poder cumplir con las metas propuestas y, con ello dar respuesta a las necesidades que la sociedad requiere.

Para lograrlo el MSP del Ecuador ha implementado políticas y procedimientos acordes con la evolución de los conceptos y las técnicas de administración; el área de la salud en todos sus niveles desde sus inicios fue direccionada por personas que posiblemente tenían un escaso conocimiento en la parte administrativa y gerencial, actualmente esta situación ha cambiado notablemente, de tal forma que estas funciones son delegadas a profesionales con conocimientos muy amplios para poder manejar grandes equipos de trabajo y con ellos propiciar un adecuado desarrollo de la operación institucional, con el propósito de alcanzar resultados óptimos en la prestación de los servicios.

Gerencia en salud.- es el conjunto de *operaciones técnicas, operativas, financieras, comerciales,* desarrolladas para el funcionamiento de una organización, también se define como el cargo de dirigir una empresa o una sociedad y de conducirla eficientemente hacia metas previamente fijadas.(Luz, 2013). Reflexionando sobre lo descrito anteriormente la gerencia es la encargada de la parte económica financiera para gestionar todas las actividades de una organi-

zación o institución salubrista.

Administración.- la administración en salud o sanitaria es aplicada a las empresas proveedoras de bienes y servicios sanitarios y ambientales, que resulten en el mantenimiento o restablecimiento de la salud de las personas dentro de un establecimiento, a los cuales se les denomina clientes o pacientes.(Publica, 2011). El profesional de enfermería en este campo se destaca por sus habilidades en aplicar el proceso administrativo en todos los ejes de competencia asignados.

4.2. Características de la administración en salud

1. **Universalidad.-** la administración se aplica en cualquier organismo social (estado, empresas, iglesias, familias, instituciones entre otros) y todo grupo conformado por individuos, en ellos debe existir coordinación sistemática de todos los medios existentes para cumplir con objetivos propuestos.
2. **Especificidad**.- la administración tiene sus propias características las cuales son inconfundibles con otras ciencias, entre las que podemos citar algunas: económicas, contables, productivas, mecánicas, jurídicas entre otras que son completamente distintas, es decir cada una de las profesiones tiene su especificidad administrativa.
3. **Unidad Temporal.-** aunque se distingan etapas, fases y elementos del proceso administrativo, este es único y por lo tanto en todo momento de la vida de una empresa se están dando en mayor o menor grado, todos o la mayor parte de los elementos administrativos, es decir que se dan cambios según la estructura institucional empresarial.
4. **Unidad Jerárquica.-**todos quienes lideran un organismo social participan en distintos grados y modalidades; en una empresa forman un solo cuerpo administrativo desde el gerente general, hasta el auxiliar de servicio, respetándose siempre los niveles de autoridad que están establecidos dentro de la organización.
5. **Valor Instrumental.- l**a administración es un instrumento para llegar a un fin, su finalidad es eminentemente práctica y mediante ésta se busca obtener resultados determinados previamente establecidos.

6. **Flexibilidad:** La administración se adapta a las necesidades particulares de cada organización.
7. **Amplitud de Ejercicio:** Esta se aplica en todos los niveles jerárquicos de una organización.(Andrade, 2012)

Los administradores de servicios médicos y de salud, planifican, dirigen, coordinan y supervisan los servicios a los cuales han sido delegados, ejemplo de ello el Ministerio de salud pública del Ecuador implementa un modelo de atención hospitalaria como parte de la política integral para optimizar la calidad y excelencia, esto responde a un proceso altamente técnico, transparente y con asesoramiento externo para identificar los excelentes perfiles de talento humano. (Publica, 2011)

El administrador/a procura que los recursos disponibles para la promoción, protección y restauración de la salud sean aplicados tomando en consideración el conocimiento científico vigente sobre la salud y enfermedad. *La OMS define a la salud como: "un estado completo de bienestar físico, mental y social" y agrega: "y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*".

Características gerenciales

- Tener involucramiento total en el aspecto salud.
- Garantizar que las instituciones u organizaciones comprometidas con este servicio, brinden productividad en base a la calidad.
- Poder de desarrollo en la capacidad de gestión administrativa y financiera de las empresas e instituciones de salud.
- Mejorar la prevención, promoción y diagnostico en salud.
- Aplicar los mecanismos tendientes a mejorar la calidad, eficiencia y coberturas de los servicios en todos los niveles.
- Identificar y comprender los elementos externos e internos que influyen en el desempeño, productividad y calidad del sistema en salud.
- Capacidad de análisis y evaluación de los indicadores de salud poblacionales.
- Dominio de métodos y técnicas necesarias para organizar y dirigir sistemas locales de salud, manteniendo un liderazgo que fomente la inter-

acción interdisciplinaria, la optimización de recursos, la identificación de necesidades y problemas, así como la realización de estrategias que garanticen el mejoramiento en la calidad del servicio al cliente.

- Manejo de los componentes epidemiológicos, socio-sanitarios, económicos, financieros, contables y de desarrollo institucional, por medio de las herramientas gerenciales y teórico-prácticas de salud pública.

4.3. Campos de acción de la administración en servicios de salud

1. *Epidemiológico*.- es la vigilancia de la salud, control de brotes y situaciones de emergencia sanitaria, desarrollo de programas investigativos en todo el sistema salubristay la elaboración de procedimientos de información e indicadores.
2. *Administración sanitaria***.-** se encuentran los distintos niveles del sistema de salud, especialmente las actividades relacionadas con la elaboración de planes, dirección, gestión de la calidad asistencial y la evaluación de servicios y programas.
3. *Medicina preventiva***.-** es la competencia para definir, promover, ejecutar, aplicar y evaluar aquellas actividades de prevención llevadas a cabo desde las instituciones asistenciales, intra o extra hospitalarias respecto a personas, comunidad o grupos de riesgo.
4. *Salud ambiental y laboral***.-** es el desarrollo y evaluación de programas de protección de la salud frente a riesgos ambientales y laborales desde una perspectiva poblacional, destacando de manera especial los relacionados con la higiene y seguridad alimentaria.
5. *Promoción de la salud***.-**es el diseño o desarrollo de programas de educación y participación ciudadana en el control, mejoramiento de la salud y la capacitación para realizar políticas saludables.

La administración como ciencia social.- está compuesta de principios, técnicas y prácticas, cuya aplicación a conjuntos humanos permite establecer sistemas racionales de esfuerzo cooperativo, a través de los cuales se pueden alcanzar propósitos comunes que individualmente no es factible lograr, persigue la satisfacción de objetivos institucionales por medio de una estructura y a través del esfuerzo humano coordinado. (Arenas, 2013), se mencionan las

siguientes ciencias que se involucran en la parte administrativa:

- **Sociología.-**se enfoca en el estudio de la constitución y de las sociedades humanas.
- **Psicología.-** es la parte que se encarga del estudio del alma, de los fenómenos de la conciencia, del carácter, de las actitudes personales.
- **Derecho.-** es el estudio del conjunto de leyes y disposiciones a las cuales está la sociedad civil.
- **Economía.-** es la ciencia que se encarga del estudio en la satisfacción de las necesidades humanas, mediante mecanismos o estrategias que regulan la producción, repartición y consumo de capitales.
- **Antropología.-** es la ciencia que estudia al hombre en sus aspectos biológicos (antropología física – biológica), en el caso de las ciencias ligadas a la administración estudia al hombre en cuanto a organismo animal.
- **Estadística.**- tiene como propósito el estudio de determinadas magnitudes, las que varían de un modo aleatorio en el seno de poblaciones, estudia los conjuntos de datos numéricos para obtener inferencias basadas en el cálculo de probabilidades, es de gran ayuda para el administrador a presentar mediantes gráficos, el estado y economía de la empresa; en salud la estadística sirve para analizar indicadores epidemiológicos.

4.5. Perfil del administrador

el administrador es aquel que se encuentra en todas las organizaciones, además de respaldar todas la acciones también es responsable del trabajo de otros, es quien desempeña su labor en la estructura organizacional en donde se encuentra con una amplia variedad de títulos como son: líder de equipo, jefe de departamento, supervisor, gerente de proyecto, rector, presidente y otros.

El/la administrador/a procura que los recursos disponibles para la promoción, protección y restauración de la salud sean aplicados tomando en consideración el conocimiento científico vigente sobre la salud y la enfermedad, los profesionales de la administración en salud laboran principalmente en las áreas gerenciales y directivas de las instituciones vinculadas al campo de la salud.

El mayor rango de un administrador equivale al de un gerente general dentro de una empresa del sector salud, estos deben presentar especialización de áreas funcionales como marketing en salud, finanzas y costos, logística de medicamentos e insumos, gestión de talento humano, camas hospitalarias, riesgos y seguros en salud, otros tipos de administración son aplicados a establecimientos de salud entre los que constan las clínicas y hospitales especializados.

Un buen administrador tiene a su alrededor un gran equipo multidisciplinario que trabaja en diferentes áreas, pero que ayudan a coordinar actividades, estos respaldan, supervisan y ayudan a que todas estas tareas se ejecuten, así se cumplirán los objetivos planteados en la institución, las que dan como resultados responsabilidades que ofrezcan servicios de calidad gracias a una buena productividad laboral.

Niveles de administradores.- **s**e pueden diferenciar en los niveles superiores de las estructuras los siguientes por orden jerárquico, los que son responsables del desempeño y manejo de la organización: director general, presidente y vicepresidente. El Director General debe tener conocimiento de todo el personal que labora en la empresa y, mantener una comunicación personalizada para evitar que la información llegue distorsionada, otro factor importante es que tiene que convencer a sus colaboradores sobre la calidad y el compromiso de la organización y proporcionar un sentido de eficiencia y eficacia. La calidad total es una estrategia que sólo puede ser tomada por gerencia, la cual es la decisión de competir para ser cada día mejor, esta se concentra en lograr un desempeño de máxima aptitud en cada uno de los procesos que se aplican en una organización.(Shermerhon, 2013)

La estrategia corporativa.- es la pauta de decisiones que adopta una compañía para determinar, configurar y revelar sus objetivos, metas o propósitos, elaborar políticas y los planes principales para lograr esas metas y definir los negocios en los que la organización desea participar, aun cuando el proceso de formulación e implementación puede requerir las aportaciones del personal, la decisión final es en esencia una tarea del presidente del consejo administrativo o máximo funcionario ejecutivo.

Dirección administrativa.-comprende la influencia del administrador en la realización de planes, obteniendo una respuesta positiva de sus colaboradores mediante la comunicación, la supervisión y la motivación, los siguientes son los elementos de la dirección administrativa:

1. Ejecución de los planes de acuerdo con la estructura organizacional.
2. Motivación.
3. Guía o conducción de los esfuerzos de los colaboradores.
4. Comunicación.
5. Supervisión.
6. Cumplimiento de las metas de la organización.

4.6. Principios básicos de la gestión de la calidad

Enfoque al cliente. Las organizaciones dependen de sus clientes y por lo tanto deberían comprender las necesidades actuales y futuras de los consumidores, satisfacer los requisitos y esforzarse en exceder las expectativas en ellos, en salud debemos tener en cuenta que quienes llegan a solicitar nuestros servicios son nuestros clientes o usuarios, en la actual administración ha cambiado la denominación de paciente a cliente, porque ninguna persona afectada con alguna patología puede tener paciencia en la atención que le brindemos, las instituciones de salud brindan un servicio, por ende el Ministerio de Salud Pública del Ecuador está considerada una macro empresa que brinda servicios a la población en general, la calidad es la satisfacción de las necesidades y expectativas del cliente, expresado en palabras.

Conceptos de calidad de atención en salud. El usuario que acude a un hospital o cualquier institución donde brindan servicios salubristas, es porque requiere atención, este no desea ser considerado como un caso clínico o un número de habitación, ni como objeto de investigación o factor económico, sino como persona que tiene derecho a recibir un servicio de calidad basado en un trato humano; se analizaran algunos conceptos. La atención se define como el tratamiento que proporciona un médico o cualquier otro profesional individual, frente a un cuadro de enfermedad claramente definido a un afectado concreto, esta puede ser técnica o interpersonal.

La *atención técnica* es la aplicación científica y tecnológica de la Medicina y de otras ciencias de la salud en el manejo de una patología; mientras que la *atención interpersonal* es la interacción socioeconómica entre el cliente y el facultativo, ambos aspectos están interrelacionados y puede ser difícil distinguirlos, esta relación puede influir sobre la naturaleza y el éxito de un tratamiento técnico y viceversa, este concepto es fundamental para la definición de calidad; existe un tercer aspecto de la atención que puede llamarse *amenidades*; describe las características físicas de la instalación (agradable, cómoda), los servicios (teléfono, alimentación), entre otros.

Las amenidades son parte de los aspectos más íntimos de los lugares en los que se presta la atención médica, también se consideran la comodidad, privacidad, cortesía y aceptabilidad, estas constituyen parte del manejo de la relación interpersonal, pues significan interés por la satisfacción del usuario, ya sean proporcionadas directa o indirectamente por el médico o por la organización donde se labora. Por otra parte, la calidad es una propiedad de y un juicio sobre alguna unidad definible de la atención, esta se divide en dos aspectos.

a. **Calidad de la atención técnica.** -consiste en que esta rinda el máximo de beneficios para la salud, sin aumentar con ello sus riesgos.
b. **Calidad en el proceso interpersonal**.-se mide por el grado de apego a valores, normas, expectativas y aspiraciones, esta relación interpersonal contribuye al éxito o fracaso de la atención técnica.

Un concepto unificador de la calidad de la atención médica es el cuidado que se proporcionara al usuario, el máximo y más completo bienestar, después de haber tomado en cuenta el balance de las ganancias y pérdidas esperadas que acompañan al proceso, la atención innecesaria puede ser perjudicial además de inútil, el uso de la atención redundante, aun cuando no cause daño indica descuido, falta de juicio o ignorancia del profesional responsable.

Contraviene la regla de prudencia que es el distintivo de virtuosidad en el desempeño clínico, siempre que se realice un juicio acerca de la necesidad o conveniencia de la cantidad de la atención, queda implícito un juicio sobre la calidad de la misma, las valoraciones de la cantidad y la calidad de la atención

están unidas de diversas maneras, la calidad cuesta dinero, puesto que presupone una cantidad adecuada de atención y, a menudo significa más cuidado.

Cuando la atención se presta en forma ineficaz también desaprovecha recursos y es más grave de lo que parece ser, los costos crecen (sin el correspondiente aumento en la calidad) debido a ineficiencias en los métodos y en la escala de producción, la calidad es inversión monetaria, pero si se suprimen servicios inútiles y se producen servicios más eficientes es posible obtener una calidad más alta por el dinero que ahora se gasta en atención o lograr la misma calidad a un costo menor; la eficiencia debe distinguirse de la calidad, aun cuando sus consecuencias afecten el nivel de calidad que se alcanza. (Ducoing, 2011)

Otros componentes en la definicion de calidad. No se deben confundir la accesibilidad con la calidad, estos son aspectos diferentes., la coordinación es el proceso mediante el cual los elementos y relaciones de la atención médica, durante cualquier secuencia se acoplan entre sí dentro de un propósito general. La continuidad significa mantenimiento de la relación entre las secuencias sucesivas de la atención médica, un rasgo característico de la continuidad es la preservación de la información de una forma ordenada y razonable. La accesibilidad de la atención es la facilidad con la que se inicia y se mantiene; la calidad del cuidado es la capacidad esperada de lograr el más alto beneficio neto posible de acuerdo con las valoraciones de los individuos y de la sociedad.

La coordinación implica el compartir la información, la continuidad y la coordinación son mejores si la responsabilidad está centralizada en manos de un profesional o, si la responsabilidad se reparte en forma legítima y ordenada, pues llevan a una mejor comprensión del problema médico del usuario, su situación en general sus valores y expectativas, en la medida en que se evita la duplicación, los costos también se reducen, lo que mejorara la calidad de la atención como beneficios netos esperados, tal como los valora el cliente. Aunque continuidad y coordinación son conceptos independientes a la calidad, son determinantes valiosos en el buen desempeño de ésta, por lo tanto, accesibilidad, continuidad y coordinación son atributos de la atención que influyen sobre su calidad pero que permanecen separados de ella, los usuarios, individual y colectivamente, son los definidores primarios de lo que significa calidad, la

satisfacción del cliente a menudo se ve como un componente importante de la calidad de la atención, pero la satisfacción es una consecuencia de la atención., es un elemento de salud psicológica, por lo que es un objetivo de la atención. Un usuario satisfecho cooperara eficazmente con el médico, seguirá sus recomendaciones y volverá a buscar la atención médica, por lo que influye en el acceso al cuidado; la satisfacción también representa un juicio sobre la calidad o bondad de la atención y puede ser notablemente detallada como el tratamiento técnico, ambiente y amenidades de la atención.

La atención interpersonal y las consecuencias fisiológicas, físicas, psicológicas o sociales de dicho cuidado, representa la satisfacción total, es una medida muy importante de la calidad de la atención, porque proporciona información sobre el éxito del proveedor en alcanzar los valores y expectativas del afectado, la medición de la satisfacción es un instrumento valioso para la investigación, administración y planeación, la calidad de atención es el proceso que se aplica desde el ingreso del usuario hasta la salida de la unidad, en el están implícitos la calidad y calidez.

4.7. Desempeño del gerente en salud

En la actualidad los cargos de gerencia en salud, no solo están destinados al profesional médico de sexo masculino, quienes están al frente de la gerencia en salud son personas con conocimiento pleno en la visión, misión, propósitos, objetivos, metas, coberturas de atención, políticas, procedimientos entre otros aspectos todos ellos enmarcados en el bienestar de quienes conforman la institución de salud y los beneficiarios externos, es importante saber que el profesional de enfermería se encuentra al frente de distintas áreas de salud liderando con acierto, juicio crítico y conocimiento pleno en la parte gerencial y administrativa.

Antiguamente se designaba a dedo esta loable actividad, sea por compromisos personales, políticos o simpatía, quienes lo ejecutaban desconocían por completo la aplicación del proceso administrativo, lo que ocasionaba problemas de estructura, comportamiento y cumplimiento en las actividades o tareas asignadas, por el mismo hecho de la incompetencia en las funciones encomenda-

das, se aplicaba el liderazgo autoritario que daba como resultados problemas de toda índole, pero el más perjudicado era el usuario externo, quien no era atendido de forma eficaz o eficiente.

En el año 2013 se da inicio al proceso de reingeniería en el país (Ecuador), es un cambio significativo en el campo salubrista, la participación y descentralización en el sector salud se propone entre sus objetivos propiciar iniciativas para incrementar la sostenibilidad y mejorar la atención en todos los niveles y a toda la población ecuatoriana, generando un resultado hasta ahora satisfactorio, que aún existen ciertas debilidades que de a poco se espera mejoren, el proceso con seguridad no ha sido fácil, se debió requerir de mucho esfuerzo, aspectos técnicos, administrativos, liderazgo y consecuentemente las ganas de mejorar todo el sistema d atención en salud.

Los gerentes en salud desempeñan una tarea muy amplia en sus labores, tienen que trabajar coordinadamente y en estrecha colaboración con un gran equipo multidisciplinario, entre los cuales están los médicos, enfermeras, terapeutas, educadores en salud además de coordinar con autoridades locales, voluntarios, ONG's y cualquier institución que voluntariamente desee adherirse a colaborar en bien de la población.

Son profesionales que presentan características propias para el desempeño de sus funciones, consideradas de una magnitud muy amplia y, en la que se requieren grandes habilidades, desempeño, destrezas y un carácter firme pero humanista, siempre visionando el bienestar de la entidad institucional con enfoque positivo hacia la comunidad externa, donde se brindaran los servicios y será la población la única beneficiada, cumpliendo así la misión establecida de la organización. A continuación se detallan las características que debe poseer un gerente en salud.

4.8. Perfil profesional

- Presentar una maestría de Gerencia en salud o afines.
- Adaptación a desafíos y diversas situaciones presentadas.
- Trabajo bajo presión.

- Establecer excelentes equipos multidisciplinarios.
- Capacidad de gestión de recursos y proyectos.
- Adjudicarse responsabilidades en la toma de decisiones.
- Capacidad de resolución de problemas / conflictos.
- Priorización en actividades y tareas.
- Capacidad de negociación y mediación.
- Capacidad de realizar diferentes tareas al mismo tiempo.
- Demostrar determinación, motivación y compromiso.
- Gestionar cambios e imprevistos con análisis previos.

Para ejecutar las actividades anteriores necesitara excelentes habilidades de:

- Liderazgo.
- Planificación, organización, dirección y control.
- Comunicación verbal, escrita y gestual.
- Análisis en indicadores de salud y otros.
- Manejo de personal multidisciplinario.
- Dominio personal y actitudinal.
- Preparación y actualización de conocimientos relacionados a su cargo y desempeño en forma continua.
- Excelente planificador financiero.
- Manejo de las TIC´S.
- Toma de decisiones que no perjudiquen a la empresa ni a sus colaboradores.

4.9. Tipos de gerentes

Existen ciertos tipos de gerentes que dependiendo de sus resultados garantizan o no sus funciones, la mayoría de sus actividades dependen de factores endógenos o exógenos que de alguna forma inciden positiva o negativamente en las acciones a ejecutar, es por ello que en las empresas pudieran existir gerentes competentes e incompetentes, lo que da como resultado la correlación con su estilo gerencial. Un gerente incompetente es un riesgo para todo tipo de empresa, lo contrario sucede con el que es eficaz en todos sus actos, si se encontrase una empresa con este tipo de líder con seguridad los resultados se verán

reflejados en éxitos individual y corporativo. Los gerentes se pueden clasificar de la siguiente forma:

Gerentes funcionales son aquellos quienes tienen la gran responsabilidad sobre una organización específica en determinada área de la empresa, por ejemplo la producción del equipo de profesionales de enfermería en niveles de atención en el cuidado directo al usuario.

Gerentes generales este líder es el encargado de administrar toda la empresa como organización, en el recae toda la responsabilidad del conjunto completo de las actividades, cuando las empresas están clasificadas como mega empresas es necesario contar con varios gerentes generales los cuales representaran a una unidad específica; este ejemplo se lo puede observar en el Ministerio de Salud Publica quien es él organismo rector y, evidentemente se requiere de una multiplicidad de personas que ocuparan cargos específicos que estarán frente a diferentes tipos de actividades: *tarea revisar con los estudiantes el mapa de procesos del MSP Ecuador.* Dentro de la clasificación de gerentes también se pueden mencionar los siguientes:

Gerentes de primera línea.- son aquellos que se encargan de la supervisión en el trabajo de personal que está por debajo de sus niveles en una determinada empresa, ejemplo: la enfermera jefe de una organización de salud supervisara a todo el personal a su cargo, enfermeras y enfermeros profesionales y auxiliares en la rama, se debe aclarar que estos gerentes no tienen la autoridad de supervisión a otros gerentes, a estos líderes también se los puede denominar como supervisores de áreas específicas.

Gerentes medios.- son quienes administran las actividades ejecutadas por los gerentes de primera línea y, ocasionalmente las acciones de los empleados operacionales, su principal función está orientada a dirigir aquellas actividades encaminadas a la ejecución de las políticas empresariales.

Alta gerencia.- este grupo está conformado por un pequeño número de participantes que se conforma con los de primera línea y los gerentes medios, su objetivo principal es la administración de la empresa u organización, las per-

sonas que se agrupan dentro de la alta gerencia patrocinan las políticas que se vincularan con todas las operaciones a realizarse, en donde se establecerán las directivas específicas que se relacionarán con la interacción empresarial.

4.10. Resultados de calidad y estrategias gerenciales

En el tema de calidad en la salud en los actuales momentos se requiere de un análisis profundo, complejo y direccionado con el propósito de conocer si realmente las estrategias y políticas instauradas por el MSP Ecuador continúan con el proceso para cumplir con este propósito. Hay que recordar que el sistema de salud en el país está liderado por esta mega institución que es el MSP, todas las organizaciones o establecimientos que brinden estos servicios deben ajustarse a las normas, reglamentos, objetivos y políticas, en caso de que no se cumplan estos se verán afectados en su calificación de idoneidad.

La calidad en los servicios de salud públicos evidentemente ha cambiado, se observa un mejoramiento no solo en sus estructuras físicas, se cumplió con una reingeniería de talento humano que revoluciono el sistema, lo que permitió darles la oportunidad a personas que se iniciaron desde las bases como auxiliares administrativos, que con su perseverancia y espíritu de superación lograron las metas propuestas en sus estudios, estos fueron reubicados en niveles superiores de labores, la estrategia utilizada por el MSP está dando resultados, el logro de la calidad de atención en salud se convierte en un imperativo prioritario, razón por la cual el proceso aun continua.

En otro ámbito la calidad de atención de salud recibida por la población evidentemente también ha cambiado, a pesar de que aún existe insatisfacción de parte de los usuarios; a los profesionales y, a quienes forman parte del equipo de salud están siendo evaluados constantemente para medir la eficiencia en la prestación de los servicios, que darían como resultado un análisis de la satisfacción en el usuario lo que acreditaría y certificaría estos componentes.

La calidad en salud va más allá de lo que se ha mencionado anteriormente, estos son eslabones que componen todo el proceso, ejemplo: cuando un usuario asiste a una consulta médica sea esta por control o patológica, desde su

ingreso se calificaría la calidad, es necesario tener claro que la calidez que brinda el equipo de salud es transcendental y paralela en este proceso, si asiste a una consulta cardiológica y en el momento de realizar el electrocardiograma sucedió un imprevisto y el fluido eléctrico cesa en ese preciso instante, debe automáticamente funcionar una planta eléctrica en la institución para realizar esta tarea, si no se cumple con esta estrategia institucional prácticamente se rompe el eslabón que conduce al cumplimiento de la calidad, este usuario estará molesto porque el propósito era realizarse su examen y saber el estado de salud en que se encuentra, posiblemente deberá tomar otro turno por Call center lo que le ocasionaría una multiplicidad de dificultades, con este ejemplo quedaría claro lo que significa la calidad de atención al usuario en salud. Es decir que son todos los componentes descritos anteriormente, infraestructura, talento humano, equipos, materiales, insumos, programas, procedimientos, políticas, normas y algunos otros que están implícitos en forma micro pero que no pueden estar aislados del proceso de la calidad que se brinda a la población en general.

Las capacitaciones continuas son otras de las actividades que están inherentes en la parte de la calidad, estas van dirigidas a la preparación cognitiva de los usuarios internos en las instituciones de salud, siempre referente a los programas que se aplican a nivel nacional y, que regularmente están siendo examinados por los analistas para corregir, mantener o mejorar las normas, políticas o procedimientos administrativos y de atención al usuario para brindar un mejor servicio a la población y así cumplir las metas propuestas.

4.11. Representacion grafica de la calidad de atención en salud

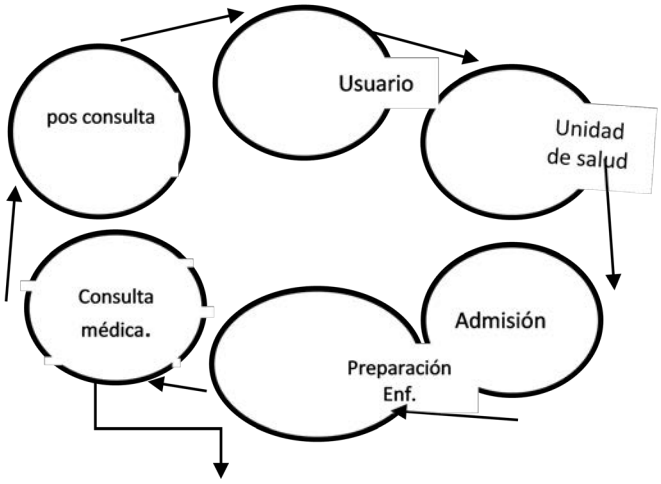


Figura N° 15. Ruptura del eslabón.

4.11. Proceso administrativo

El objetivo principal en las labores de cada administrador es definir las actividades en cada uno de los equipos de trabajo que están dentro de la organización, cumpliendo estos se logrará el más alto desempeño laboral, obviamente utilizando los recursos, materiales y talento humano de calidad, si la productividad es de altos niveles en eficiencia y eficacia, se obtendría un indicador de éxito, es aquí donde los administradores son la parte fundamental de los resultados en cada una de las organizaciones. El perfil del profesional de Enfermeria ha sido formado para ejercer liderazgo, en cualquiera de las funciones que ejerza (docencia, cuidado directo, investigación y administración).

Funciones de la administración. Implica aplicar las cuatro etapas**,** planear, dirigir, organizar y controlar la utilización de todos los recursos y el talento humano disponible con el propósito de alcanzar metas, para lograrlas se debe contar con un personal altamente capacitado en conocimientos, habilidades, destrezas y desempeño laboral, que en algunas ocasiones debe ser ágil, dinámico, con criterio científico para tomar decisiones rápidas y oportunas, a sabiendas de que los resultados de esas disposiciones dependerán de su accionar y, que toda la responsabilidad recaerá sobre quien emite la resolución.

En este punto para el profesional de enfermería es de gran importancia analizar situaciones que en algunos casos será la vida de las personas que penden solo de una decisión, si esta no se analiza en todo su contexto todas las repercusiones recaerían sobre ella, es por esto que el conocimiento debe ser primordial y de actualización permanente en todos los ámbitos de trabajo.

Planeación. En esta primera etapa se establecen los objetivos que se desean alcanzar, estos se deben determinar con el propósito de lograrlos, aquí se identifican los resultados de trabajo y los medios que se utilizaran para conseguirlos, ejemplo.

En una unidad de salud se debe planificar una vacunación en el menor de 5 años como estrategia de cumplimiento en la coberturas de atención, los resultados en el primer semestre están en 38% siendo lo correcto el 50%, esta actividad durara 2 semanas, se contara solo con dos brigadas conformadas por personal de la unidad (auxiliar y enfermera) además de los internos de enfermería que deben involucrarse con los programas del MSP.

Si en esta etapa se determinan los objetivos, el general será cumplir con la aplicación de las dosis correspondientes a los menores de 5 años con esquema incompleto en la comunidad Chirijo perteneciente a la parroquia Calderón, del Cantón Portoviejo; los objetivos específicos serian, coordinar acciones con los líderes comunitarios para cumplir con el ASIS (Análisis situacional de salud); detectar a los menores rezagados mediante la revisión del tarjetero; identificar los sectores donde habitan; informar a la población sobre la actividad para que estén atentos a la llegada de las brigadas. Con este ejemplo ya se tiene visionado lo que se pretende realizar para cumplir los objetivos, se debe recordar que estos deben ser claros, medibles, alcanzables, observables, redactados en verbo infinitivo, deben tener un fin y direccionados al conocimiento del trabajo a realizar.

Organización. La organización es el proceso en la asignación de tareas, la respectiva distribución del talento humano, los materiales, equipos y demás menesteres que se necesitaran para la ejecución de lo programado. Si no se realiza una organización con bases sólidas, los planes que se visionaron fracas-

aran, es a través de esta etapa que los administradores convierten los planes en acciones, definiendo puestos y asignaciones. Continuando con el ejemplo anterior tendríamos lo siguiente: 2 brigadas compuestas por tres personas; un vacunador, el revisor de los carnets, receptor y transcriptor de datos; y portador del termo de vacunas con otros materiales de uso y aplicación de vacunas. Cada uno de los integrantes será responsable de los insumos y materiales entregados, deben cumplir con las horas establecidas para la ejecución de lo planeado, si estos deben trasladarse en vehículos ya debe estar todo dentro de la organización; cada día deben monitorear lo elaborado y realizar un informe quien haya sido designado como responsable en esta actividad, no se debe realizar nada que no haya sido planificado, aún el almuerzo y dónde se realizará está contemplado en el cronograma de actividades con tiempo límite.

Dirección. Es el proceso donde se suministra la confianza y entusiasmo de las personas o equipos de trabajo para lograr las metas y cumplir los objetivos propuestos. A través de la dirección se construyen compromisos o acuerdos que van dirigidos hacia un fin común, en este caso mantener a la población de menores de 5 años inmunizados para prevenir enfermedades que podrían ser causantes de focos infecciosos con resultados letales para la población.

Control. En esta etapa se mide el desempeño, se comparan los resultados con los objetivos propuestos, el monitoreo y la evaluación son aspectos que están incluidos en el transcurso del control, esto permitirá obtener datos o indicadores para mantener, corregir o mejorar acciones en la ejecución de actividades y tareas. El monitoreo es tomar muestras de lo que se ejecutó, en este caso de sectores que fueron visitados, se toman al azahar casas y se revisa la información que ha sido registrada por los brigadistas, se realiza el comparativo llegando a un análisis de la información, para posteriormente tomar las decisiones que se creyeren convenientes. Todas estas acciones se realizan durante la ejecución de las actividades, se debe tener presente que no todas las acciones que fueron planteadas resultaran exactamente como se anticiparon, los planes podrían modificarse y redefinirse para la obtención de resultados positivos.

Tarea: con los estudiantes ejecutar la planificación de una micro campaña de vacunación aplicando las etapas correspondientes, incluido el cronograma

de actividades con sus componentes.

El proceso administrativo a simple vista es claro y sencillo, cuando se lo aplica se pueden encontrar dificultades que no se visualizaron en la planificación, el proceso está sujeto a cambios, es por esto que no se lo considera una camisa de fuerza, podrían cambiar las tareas, el tiempo destinado, los recursos y hasta los responsables de ciertas actividades; una situación es la teoría y otra muy diferente es la práctica, los administradores de una organización no descansan en ningún momento, el ritmo de las actividades se mantiene durante todas las horas laborales, e inclusive en horas extras. En la naturaleza de la demanda en trabajo de los administradores se identifican diversos roles, los cuales están clasificados de la siguiente manera:

***Roles interpersonales*:** cuando el administrador interactúa con otras personas dentro y fuera de sus labores, lo que implica que se como representante, un líder o como enlace en la coordinación de actividades.

Roles de información: es cuando un administrador cuando intercambia y procesa la información, este la controla, la difunde y actúa como portavoz.

Roles de decisiones: esta sería la parte más compleja y determinante en un administrador, tomar decisiones es utilizar la información existente a fin de emprender acciones tendientes al mejoramiento de la organización, la resolución de problemas es otra de las tareas que debe manejar con mucha cautela, la asignación de recursos y negociador en cualquier situación que se presente. (Shermerhon, 2013)

4.12. Habilidades esenciales para el desempeño del administrador

Un buen administrador debe tener la capacidad de resolución de problemas de cualquier índole, de tal forma que estas son características que debe poseer para ejercer su liderazgo, entre ellas se mencionan ciertas habilidades que debe aplicar en el proceso administrativo. El aprendizaje debe ser constante, el éxito de un profesional radica en su auto preparación, se debe tener en cuenta que el mundo es constante y, por lo tanto todo es cambiante, no se pueden aplicar con-

ocimientos teóricos de hace una década, se aprende de forma continua a partir de experiencias vividas y esto se debe transmitir a otros, esto servirá de base para tomar correcciones o ejecutarlas con seguridad.

La habilidad es la capacidad de traducir el conocimiento en una acción que dé lugar al desempeño deseado, evidentemente que se requieren muchas habilidades para dominar con maestría la naturaleza desafiante del proceso administrativo. El investigador Robert L, Katz, clasifico habilidades fundamentales de los administradores en tres categorías: técnicas, humanas y conceptuales.

Habilidad técnica. Es la capacidad de usar los conocimientos o destrezas especiales para la realización de tareas específicas, los contadores, ingenieros, investigadores de mercado, planificadores financieros y analistas de sistemas de cómputo poseen habilidades técnicas, estas se adquieren inicialmente en la educación formal y se desarrollan mediante las capacitaciones y experiencia laboral.

Habilidad humana. Es la capacidad de trabajar con grupos humanos, la transmisión de confianza, entusiasmo y compromiso entre ambas partes está directamente relacionado a esta actividad, esta característica deben poseerla todos los administradores además del don de gente que debe primar para sus colaboradores, es importante tener en consideración que cada uno de los que conforman los grandes o pequeños equipos de trabajo son de diferentes esferas sociales, económicas y culturales, que como tal se deben conocer para comprender las situaciones ligadas a ellas y, que de alguna forma en algún momento de su vida podrían afectar psicológicamente y evidentemente tendrá su efecto colateral en las labores que ejercen, estas situaciones deben ser tratadas en forma muy íntima y privada para ayudar en loa que se pueda y corresponda.

Habilidad conceptual. Otra característica de los administradores es la habilidad de pensamiento en forma analítica y critica, es la descomposición de los problemas que se presentan, para poder visualizar las relaciones existentes reconociendo las implicaciones de otras personas que podrían estar siendo espectadores o generadores de situaciones que están directamente relacionadas con la producción empresarial, esta habilidad también se relaciona directamente

con la humana.

4.13. Organización de los servicios hospitalarios y comunitarios

El MSP como organismo rector mediante la ley orgánica del sistema nacional de salud, en su artículo 5 menciona que: "Para el cumplimiento de los objetivos propuestos, el Sistema Nacional de Salud implementará el Plan Integral de Salud, el mismo que garantizado por el Estado, como estrategia de Protección Social, será accesible y de cobertura obligatoria para toda la población, por medio de la red pública y privada de proveedores y mantendrá un enfoque pluricultural"

Es así como este plan contempla un conjunto de prestaciones al usuario externo, entre los cuales están la prevención, detección de patologías, diagnóstico oportuno y rehabilitación de la salud, además de incluir la provisión de servicios, medicamentos e insumos necesarios en los diferentes niveles de complejidad del sistema, de acuerdo al perfil epidemiológico nacional, regional y local.

Las acciones de prevención, control de riesgos y daños a la salud colectiva, especialmente los relacionados con el ambiente, naturaleza y social, la promoción de la salud destinadas a mantener y desarrollar condiciones y estilo de vida saludables, individuales y colectivas que son de índole intersectorial.(MSP, Ley organica del sistema nacional de salud, (Ley No. 2002-80). Para conocer mejor la integración del sistema se deben identificar cuáles son las entidades que actúan en el sector salubrista o, en campos directamente relacionados con ella:

1. Ministerio de salud pública y sus entidades adscritas.
2. Ministerios que participan en el campo de la salud.
3. IESS. Instituto ecuatoriano de seguridad social.
4. ISSFA Instituto de seguridad social de las fuerzas armadas.
5. ISSPOL Instituto de seguridad social de la policía nacional.
6. Organizaciones de salud de la fuerza pública.
7. Facultades y escuelas de ciencias médicas y de salud de las Universidades y escuelas politécnicas.
8. Junta de beneficencia de Guayaquil.
9. SOLCA sociedad de lucha contra el cáncer.

10. Cruz roja ecuatoriana.
11. Organismos seccionales: consejos provinciales y municipales, juntas parroquiales.
12. Entidades de salud privadas con fines de lucro: prestadoras de medicina prepagada y aseguradoras.
13. Entidades de salud privadas sin fines de lucro: ONG´s, servicios pastorales y fiscomisionales.
14. Servicios comunitarios de salud y agentes de la medicina tradicional y alternativa.
15. Organizaciones que trabajan en salud ambiental.
16. Organizaciones comunitarias que actúen en promoción y defensa de la salud.
17. Organizaciones gremiales de profesionales y trabajadores de la salud.
18. Otros organismos de carácter público, del régimen dependiente, o autónomo y de carácter privado que actúen en el campo de la salud.

Desde el punto de vista organizativo, se observan las instituciones con las cuales se deben coordinar acciones tendientes al mejoramiento de la salud de la población; es el Consejo nacional de salud CONASA la entidad pública con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera quien tomara resoluciones, esta darán resultados según la concertación sectorial y los integrantes del sistema deberán cumplir obligatoriamente todo lo que estipule este organismo.

Teniendo como antecedente lo expuesto, se deberá tener una idea de cómo es el funcionamiento de la organización de los servicios de salud, concretamente se considerara en este contenido la distribución del primer nivel de atención desde la dirección distrital de salud y los servicios que ejecuta, en esta red de atención se cumplen tareas de prevención, promoción, fomento y educación en salud. En las direcciones distritales se clasifica su accionar de la siguiente manera:

Servicios a la ciudadanía o balcón de servicios, donde se otorgan permisos de funcionamiento para locales comerciales donde prime la atención al público y en donde el sujeto este expuesto a problemas de salud, ejemplo (comedores,

restaurantes, tiendas de expendio, farmacias, vendedores ambulantes y otros relacionados).

- Certificación y acreditación de títulos.
- Recepción y atención de denuncias.
- Permiso de control, sanitario.
- Coordinación, control y gestión de:
- Vigilancia epidemiológica.
- Control de calidad de la atención de los procesos de gestión
- Articulación intersectorial y de participación ciudadana.
- Articulación de red pública y privada.
- Aseguramiento de la implementación del MAIS.
- Apoyo a la gestión:
- Micro planificación: en la identificación d necesidades y prioridades distritales, en las que se ejecuta seguimiento y evaluación de gestiones.
- Gestión administrativa que se encarga de la parte financiera y la ejecución presupuestaria.
- Gestión del talento humano.
- Contratación de bienes y servicios distritales.

Fortalecimiento de la capacidad resolutiva.- construcción y mejoras de infraestructuras de acuerdo a la planificación territorial, en los cuales se consideran los siguientes parámetros: características geográficas y demográficas, perfil epidemiológico, análisis de oferta y demanda, isócrona (ejecución de ritmo constante). Para los centros de salud tipo A serán las poblaciones de responsabilidad con una cantidad de 2001 a 10.000 habitantes, los servicios que se ofertan es la atención integral de medicina familiar, promoción de la salud y prevención de enfermedades y salud oral. El talento humano estará conformado por:

- 1 medico/a por cada 4000 habitantes localidad urbana.
- 1 enfermero/ por cada 4000 habitantes localidad urbana.
- 1 técnico de atención primaria en salud o auxiliar de Enfermeria por cada 1500 a 2500 habitantes.
- Odontólogo/a 1 por cada 5000 habitantes (itinerante).
- Otros profesionales de salud (1).

- Asistente administrativo de 1 a 4 (admisión, manejo de archivos, farmacia, limpieza).

En la organización territorial de los servicios del primer nivel de atención es necesario conocer, que la entrada al sistema de salud resuelve el 85% de los problemas patológicos de mayor frecuencia y menor complejidad, que se presentan a nivel individual, familiar y comunitario, el otro 15% está constituido por la atención especializada que amerita otro tipo de atención que le corresponde al segundo y tercer nivel de atención, entre los cuales están los hospitales generales y especializados.

En las unidades operativas del primer nivel de atención se aplica la referencia, contrareferencia, referencia inversa y derivación, ejemplo: al acudir una persona con signos y síntomas de infarto de miocardio, en el centro de salud se le brindan los primeros auxilios, luego este es derivado al IESS en caso de ser afiliado, si en esta casa de salud no existe la posibilidad de atención inmediata de cirugía, este será referido a una clínica de la especialidad requerida.

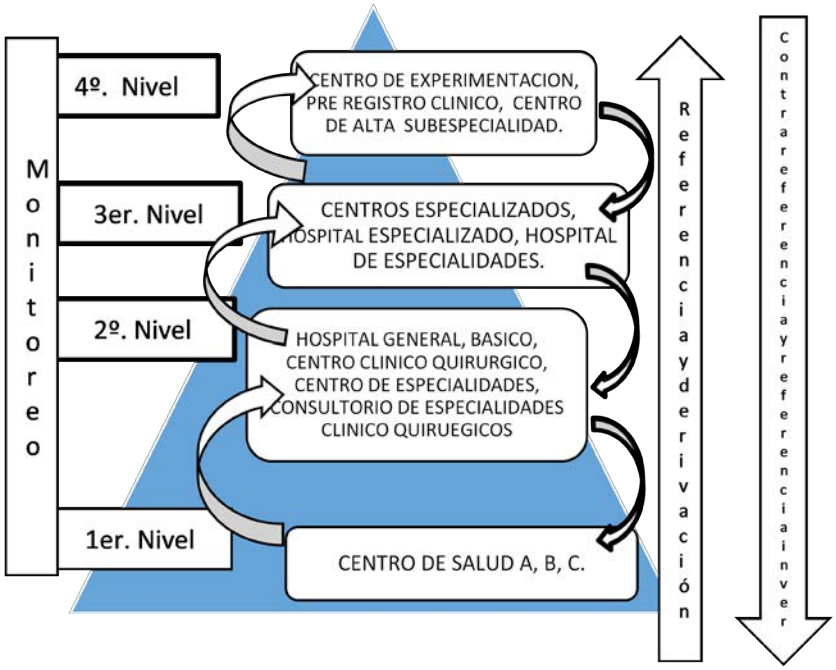


Figura N° 16. (Publica, Modelo de atencion integral en salud familiar, comunitario e intercultural, 2012)

El primer y segundo nivel corresponde a la dirección distrital, el tercer nivel a la coordinación zonal y, el cuarto nivel a la subsecretaria nacional de provisión de servicios de salud. El sistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y trasferencia de usuarios o usuarias forma parte del sistema nacional de salud, considerado un conjunto ordenado de procesos asistenciales y administrativos, que contribuyen a garantizar la continuidad de la atención en salud, con oportunidad, eficacia y eficiencia, enviándolos desde la comunidad o del establecimiento de salud de menor a mayor complejidad y viceversa, es decir la devolución del usuario o usuaria del mayor al menor nivel de atención y de complejidad así como enviarlos a los que requieren atención adicional, de apoyo diagnóstico, como es el caso de la derivación entre los actores que integran el SNS (Sistema nacional de salud).(MSP, Lineamientos operativos MAIS - RIPS, 2014)

4.14. Definiciones

Referencia: es el procedimiento por el cual los prestadores de salud envían a las usuarias/os de un establecimiento de salud de menor a mayor o al mismo nivel de atención o de complejidad; cuando la capacidad instalada no permite resolver problemas de salud, esta etapa se la realiza entre establecimientos de salud de una misma entidad del sistema utilizando el formulario 053.(MSP, Lineamientos operativos MAIS - RIPS, 2014)

Derivación: es el procedimiento por el cual los prestadores de salud envían a las usuarias o usuarios de cualquier nivel de atención a un prestador externo público (Red Pública Integral de Salud) o privado (Complementario) del mismo o mayor nivel de atención y/o de complejidad, cuando la capacidad instalada del establecimiento o de la entidad a la que pertenece no permite resolver el problema de salud, por la que se le envía, buscando la complementariedad de los servicios previa la autorización correspondiente. Para realizar las derivaciones a la red complementaria inicialmente se debe agotar la red pública de salud y se debe utilizar el formulario 053.(MSP, Lineamientos operativos MAIS - RIPS, 2014)

Derivacion comunitaria: son responsables los agentes de la medicina an-

cestral, comunitarios y los técnicos de atención integral en salud (TAPS) de identificar las señales de peligro y/o factores de riesgo y enviar a la usuaria o usuario de la comunidad al establecimiento de salud del primer nivel de atención más cercano. En este caso, NO se utilizará el formulario 053.(MSP, Lineamientos operativos MAIS - RIPS, 2014)

Responsables de la Referencia y/o Derivación: Es responsabilidad de los profesionales de los establecimientos de salud referir/derivar y ejecutar la referencia/derivación a las usuarias o usuarios al nivel de atención o de complejidad que corresponde, según capacidad resolutiva y pertinencia clínica, misma que es de su competencia desde que se inicia la atención en el establecimiento de destino de la referencia o de la derivación hasta cuando recibe la contrareferencia. (MSP, Lineamientos operativos MAIS - RIPS, 2014)

Entidad Receptora de la Referencia y/o Derivación: Establecimientos de salud del mismo o mayor nivel de atención o de complejidad, con la capacidad resolutiva requerida, que reciben a la usuaria o usuario con el formulario Nº053 y proceden a brindar la atención.(MSP, Lineamientos operativos MAIS - RIPS, 2014)

4.15. Normas y Procedimientos para la Referencia y/o Derivación

1. Las referencias y/o derivaciones serán solicitadas por profesionales de la salud de acuerdo a sus competencias; en su ausencia y únicamente en condiciones de emergencia, realizará otro personal de salud.
2. Los profesionales de los establecimientos de salud que refieran o deriven a usuarias o usuarios 16 ya sea para la realización de consultas de especialidad , tratamientos complementarios u hospitalización, deben llenar el formulario 053 de referencia, derivación , contrareferencia y referencia inversa con datos completos y letra legible, ver anexo 3 (formulario 053-MSP).
3. Los profesionales de la salud deberá utilizar un formulario N° 053 por cada consulta de especialidad que requiera la usuaria o usuario.
4. Los profesionales de los establecimientos de salud que refieran o de-

riven a usuarias o usuarios deben aplicar las normas, guías, manuales, protocolos de atención y guías de práctica clínica establecidas por la Autoridad Sanitaria.

5. Realizar el registro de los datos de la usuaria o usuario en la historia clínica, que permitan justificar el proceso de referencia o derivación.
6. Los profesionales de salud que realizan la referencia o la derivación deben informar a la usuaria o usuario y familiares el motivo e importancia de la referencia/ derivación.
7. Los profesionales de salud que realizan la referencia o derivación deben establecer el nivel de atención o nivel de complejidad al que es referido la usuaria o usuario utilizando los criterios de capacidad resolutiva, accesibilidad y oportunidad, incluyendo los casos de emergencia.
8. El profesional y/o personal correspondiente debe coordinar con el servicio de admisión del establecimiento a referir o a derivar para agendar la cita o la recepción de la usuaria o usuario.
9. En el caso de ser una emergencia, el profesional de salud comunicará al establecimiento de referencia o derivación para brindar toda la información pertinente de la usuaria o usuario garantizando su atención inmediata.
10. En caso de emergencia si el nivel receptor correspondiente no dispone de espacio físico para la recepción definitiva del usuario, debe recibir y estabilizar a la usuaria o usuario, para posteriormente canalizarlo a otro establecimiento de salud correspondiente.
11. El profesional o el personal del establecimiento de salud que agendó la cita no puede rechazar las referencias o derivaciones establecidas.
12. El establecimiento de salud que recibe la referencia o la derivación deberá contar con el personal destinado para agendar las citas.
13. El establecimiento de salud receptor atenderá únicamente las referencias o derivaciones solicitadas desde el nivel inferior o del mismo nivel de atención; la usuaria o usuario no podrá acudir al establecimiento de salud de referencia o derivación correspondiente sin tener agendada la cita con hora, fecha y especialidad a la que fue referida/o o derivado exceptuando los casos de emergencia.
14. Para toda usuaria o usuario que vaya a recibir atención de especialidad y hospitalización, se debe abrir una historia clínica en la unidad receptora,

en caso de que la usuaria o usuario no tenga dicho documento.

15. El profesional de la gestión que refiere o deriva debe informar a las usuarias o usuarios y familiares sobre el lugar, consultorio, especialidad y hora de consulta del establecimiento de salud al que es referida/do o derivado.
16. En caso de que una usuaria o usuario referido o derivado sea atendido por un especialista que considere que no le corresponde a su especialidad, este profesional tiene la obligación de realizar la interconsulta respectiva al especialista que considere necesario adjuntando el informe médico respectivo.
17. Los profesionales especialistas deben contra referir a las usuarias o usuarios, una vez finalizado el evento de consulta; se podrá dar cita previa sólo cuando el nivel inferior no tenga la capacidad resolutiva.
18. Los profesionales de salud que reciben a las usuarias y usuarios referidos son los responsables de realizar la contrareferencia respectiva al nivel de atención o de complejidad que corresponde, independientemente de las interconsultas que se realicen con los diferentes especialistas.
19. Incluir una copia del formulario 053 en la historia clínica de la usuaria o usuario, una vez concluido el proceso.
20. Los profesionales y/o personal de salud deben enviar el formulario 053 original con él o la usuaria o usuario al establecimiento de salud de referencia.
21. Los profesionales y/o personal de salud del primer nivel de atención deberá realizar la búsqueda activa para el seguimiento de la usuaria o usuario referido o derivado, en caso de que el mismo no retorne con la contrareferencia al establecimiento de salud, que puede ser a través de la visita domiciliaria u otras formas de comunicación.
22. El profesional de salud debe coordinar con el sistema de ambulancias y con los sistemas comunitarios de transporte, en caso de requerir derivación o referencia de emergencia.
23. El equipo de salud de los establecimientos que refieren o derivan emergencias , deben aplicar las normas, guías de práctica clínica, manuales y otros documentos normativos emitidos por la Autoridad Sanitaria y tratar sin pérdida de tiempo al usuario o usuaria que llega con problemas agudos, traumatismos, parto en curso u otras urgencias o emergencias

médicas. Los profesionales de este establecimiento de salud se responsabilizará del traslado del usuario o usuaria que tiene que ser realizado con el acompañamiento de un profesional calificado sea enfermera/o o médica/o y un familiar, de acuerdo a la gravedad del caso, valorando que el riesgo del traslado no sobrepase los riesgos del tratamiento en el nivel de origen; por lo tanto las usuarias o usuarios deben ser referidos/as en las mejores condiciones posibles según la capacidad resolutiva del establecimiento de salud y tomando en cuenta los siguientes criterios:

- Que se encuentre en estado crítico.
- Que no pueda ser tratado en el establecimiento de salud.

24. Cuando el profesional de salud acompaña la transferencia en transporte institucional o transporte comunitario a un usuario o usuaria y fallece en el traslado, obligatoriamente debe regresar al establecimiento de salud de origen, para notificar oficial y legalmente el deceso.
25. El profesional del establecimiento de salud, de acuerdo al caso, derivará o referirá al usuario o usuaria al nivel de atención y/o de complejidad correspondiente para la realización de exámenes de apoyo complementarios al diagnóstico.
26. Los profesionales de la salud que atienden a los Miembros de la Comunidad Educativa (Estudiantes, Docentes, Directivos y otros), en los consultorios de los establecimientos educativos públicos y que requieren ser referidos/as a un establecimiento de salud de mayor nivel de atención y/o de complejidad, el profesional que lo atendió debe coordinar con el establecimiento de salud del primer nivel correspondiente para agendar la cita en este nivel y posteriormente referir si es pertinente.
27. Otras que se le asignen. (MSP, Normas del subsistema de referencia, derivacion, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del SNS., 2013)

Tarea con los estudiantes: revisar las normas del SNS desde la página 12-26 de la bibliografía citada anteriormente.

4.16. Tendencias actuales de trabajo en equipo

El MSP es la autoridad sanitaria a nivel nacional y, para cumplir con su rec-

toría establece lineamientos de políticas y operativos para garantizar el derecho a la salud; el MAIS – FCI planifica y ejecuta los procesos de organización, prestación, gestión y financiamiento con el propósito de construir el SNS. Uno de los objetivos del MAIS es ofertar las prestaciones de salud en los diferentes niveles, cuya misión es la atención integral de las personas, familias y comunidades en un espacio poblacional determinado, integrando y consolidando la estrategia de la APS renovada en sus tres niveles, reorientando los servicios de salud hacia la promoción y prevención de enfermedades; además de fortalecer la recuperación y rehabilitación, cuidados paliativos y atención pre hospitalaria para brindar una atención integral de calidad y red, con énfasis en la participación organizada de los sujetos sociales y, con profundo respeto a las personas en su diversidad y entorno. (MSP., 2013)

Si se toma como referencia el párrafo anterior, se visualiza que el trabajo en equipo que el MSP instaura, no solo se lo realiza en la unidad prestadora de servicios con todos sus miembros, también es necesario la coordinación con otros establecimientos de salud, además de ejecutar actividades con personas representativas de las comunidades, si no se cumple con esta estrategia difícilmente se podrían lograr los objetivos planteados, toda la parte administrativa en organización, planificación, dirección y control la realiza el personal de Enfermeria; recae sobre estos profesionales una tarea muy compleja, para ello debe presentar características propias que le permitan mantener una postura de liderazgo, para conservar desde el inicio hasta el final del proceso al grupo de trabajo que cumplen con las tareas específicas asignadas, siempre motivándoles a seguir con el mismo entusiasmo y, debe ser quien dé el ejemplo a todos como es el trabajo en equipo.

Anteriormente no se tenía muy clara la concepción de lo que significaba el trabajo en equipo, cada cual se desempeñaba individualmente en sus tareas, no existía la producción, se trabajaba solo cumpliendo horas laborales, el MSP/ CONASA debieron realizar estudios técnicos para poder obtener resultados de servicios / productos que cada establecimiento de salud provee a sus usuarios, los cuales provienen de una cadena de procesos llamada cartera de servicios, ésta identifica los productos o prestaciones del establecimiento de acuerdo al modelo de producción adoptado y definido, para dar respuesta a la demanda de

los usuarios o clientes de acuerdo a las normas establecidas.

Para monitorear y verificar la producción de cada uno de los integrantes del equipo de trabajo, actualmente existe la base de datos que está en el zimbra o quipux, este último es un sistema de gestión documental cuya función principal es controlar, identificar, gestionar documentos electrónicos e información referencial de registros impresos de una organización, sean internos, externos, enviados o recibidos, este servicio web ha permitido que las operaciones que antes se ejecutaban manualmente sean ahora registradas mediante esta tecnología de información.

Es común observar que los profesionales de salud que laboran en las instituciones públicas, tienen como equipo de trabajo una computadora con acceso a una red de internet; ya no es la persona que se dedicaba a registrar en carpetas o realizaba anotaciones en las historias clínicas las tareas que se había planificado para sus horas de labores diarias, como ejemplo de programación se tiene el Call center que es otro sistema de datos por el cual se agendan las consultas del primer nivel de atención, las cuales el 90% son de agendameinto y el 10% son de la demanda espontanea estas actividades en la unidades de salud están especificadas de la siguiente manera:

Morbilidades agudas:

- Primera consulta 20 minutos.
- Consulta subsiguiente 15 minutos.

Morbilidades crónicas:

- Por lo menos 4 consultas programadas al año de 20 minutos.

Atención preventiva:

- Consulta preventiva menor de 1 año 30 minutos.
- Consulta preventiva menor de 1 a 5 años 30 minutos.
- Consulta preventiva menor de 5 a 12 años 30 minutos.

- Consulta preventiva menor de 12 a 19 años 30 minutos.
- Consulta preventiva menor de 20 a 49 años 30 minutos.
- Consulta preventiva menor de 40 a 65 años 30 minutos.
- Consulta preventiva menor de mayor de 65 años 30 minutos.
- Consulta de control 10 minutos.(MSP., 2013)

La atención de la consulta preventiva por ciclos de vida es muy importante, se debe tener claro que la priorización a este grupo debe ser inmediata para evitar el ausentismo, y es en este aspecto de la prevención que el MSP como rector en salud tiene focalizado sus objetivos, es un actividad de promoción, educación, fomento y protección a bajo costo, el profesional de Enfermeria entre sus actividades administrativas debe programar acciones desde su lugar de trabajo hacia la parte individual, familiar y comunitaria para la prevención de enfermedades.

De esta forma es como actualmente se labora en las instituciones de salud, son las tendencias que obligan a la planificación del tiempo y actividades, para responder a las demandas no solo de los usuarios externos, los internos son quienes respaldan, apoyan e integran todas las actividades programadas en la PLOS (programas locales de salud), FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas), instrumentos de trabajo que debe manejar el profesional en salud porque es allí donde deben plasmar todas sus metas, coberturas de atención, producción por tipos de tareas, lo que obliga a la organización inminente de todos los programas del MSP que se aplican en sus unidades operativas del primer nivel de atención.

Toma de decisiones. La toma de decisiones en todo ámbito es difícil, esto implica responsabilidad en el manejo de ciertas situaciones que obligan a cambiar el rumbo que estaba definido en algún momento de la vida, estas necesidades surgen como respuesta a la resolución de un problema, en las organizaciones de cualquier tipo los que se presentan en cada momento, y es allí donde debe intervenir directamente el administrador, quien está dotado de capacidad, juicio crítico, análisis y herramientas técnicas para solucionarlos.

La toma de decisiones es una de las tareas que se debe concebir entre los

líderes de mayor rango en una institución, entre ellos los directores, gerentes o administradores de empresas, son quienes deben determinar que, cuando, como, o quien debe realizar alguna actividad, esta se caracteriza como una de las principales funciones en esta triada, las decisiones que se tomaran pueden ser programadas o no, depende de la complejidad y/o de la situación; existen problemas simples y complejos los que mediante un análisis concienzudo se examinaran para saber cuál de las opciones es la más apropiada en cada una de ellas, la que debe ser oportuna tomando en cuenta todos los criterios emitidos, de tal forma que se llegue a un consenso que no vaya a trastornar la planificación, hay que recordar que para tomar un decisión se reciben datos de múltiples fuentes, los que deben ser filtrados, procesados e interpretados de la mejor manera con el propósito de que la situación se perfeccione; la toma de decisiones se la define como la selección de un curso de acción donde existen varias opciones.

Ejemplo de toma de decisión individual. Un bachiller con padres de una muy buena situación económica se gradúa con excelentes calificaciones, el puntaje adquirido le permite ingresar a la escuela de medicina, estos le presentan una oportunidad de concretar un negocio en el que será gerente propietario, él debe analizar la situación con mucha cautela;

Situación 1: si estudia serán 6 años dedicados a la responsabilidad de obtener un título, posterior a ello deberá viajar al exterior a realizar una especialización por 2 años; es decir que solo dentro de 8 años tendrá ingresos económicos estables, obviamente tendrá un status social que muchas personas desearían, habrá muchas posibilidades de que mejore su situación en todo sentido, tendrá su consultorio, trabajara en una institución pública o privada, en resumen la vida le sonreirá.

Situación 2: medita sobre el negocio que sus padres le dejaran, es una ferretería que hasta el momento tiene 3 sucursales, la cual debe administrar porque es hijo único y sobre el recaerá toda la responsabilidad, ya tiene conocimiento sobre las adquisiciones y manejo de talento humano, ha demostrado gran desempeño cuando le ha tocado estar frente al negocio, para administrarla debe seguir una carrera que le permita mantener una base sólida en cuanto a negoci-

aciones se refiere, desde que el negocio existe (24 años atrás) existieron bajas y altas en los ingresos, en algunos momentos hasta quisieron cerrar, pero la perseverancia en su madre no permitió que esto suceda, lo que al momento les ha generado grandes satisfacciones. Deberá estar frente al negocio de lunes a sábado desde las 8 de la mañana a las 7 de la noche.

También tendrá excelentes ingresos desde el momento en que sea su gerente propietario, mientras vivan sus padres deberá mantenerlos. Con este ejemplo se cumple la selección de un curso de acción para tomar una decisión, se cumple el proceso desde varias percepciones, las que pueden ser individuales y grupales, juegan un papel importante los padres y él como futuro accionista.

Se mencionó anteriormente que la toma de decisiones es la búsqueda de la resolución de problemas o situaciones que se deben cambiar y, tener presente que cualquiera haya sido la decisión esta ha sido discutida, analizada considerando riesgos beneficios. William Pounds, menciona que los problemas más comunes que se presentan en una organización son:

1. *Cambios respecto a las experiencias pasadas*. Implica que el desempeño del individuo o de la organización ha variado respecto al pasado, esta se manifiesta cuando no se han logrado resultados o niveles de rendimiento que se los obtenía anteriormente.
2. *Desviaciones respecto a lo planeado*. Cuando no se cumplen las expectativas o proyecciones de desempeño en un periodo determinado, se deben ajustar los planes y/o estrategias para alcanzar los objetivos propuestos.
3. *Personal que informa sobre problemas presentados*. Estos podrían ser clientes, proveedores o personas que están dentro de la institución que informan al administrador sobre errores que se están cometiendo en un servicio o producto que la empresa elabora y comercializa, lo que será un problema que si no se resuelve será de consecuencias negativas para todos.
4. *Desempeño de los competidores*. En las organizaciones laborales se desarrollan sistemas, procesos o servicios exitosos, que satisfacen a sus clientes y los conduce a mejorar su posición, es aquí donde los admin-

istradores deben actuar de forma inmediata y resolver el problema presentado, se deben generar soluciones creativas para mejorar, mantener y/o corregir, de esa forma la competencia ha generado soluciones que compensan las ventajas; la competencia interna también se presenta, en el caso de existir muchas divisiones que manejan diversidad de productos y una de ellas es notablemente mejor que las demás, esto genera un problema para los gerentes de mandos medios que los conducen a mejorar la situación.

Para la resolución de problemas existen técnicas que se aplican de acuerdo a la personalidad que genera cuatro estilos, entre los que tenemos: razonamiento / lógica; razonamiento / sentimiento; intuición/lógica; intuición/sentimiento.

Toma de decisiones grupales. Siempre ha existido la creencia de que dos cabezas piensan mejor, esta teoría hasta el momento se mantiene en todas las organizaciones, de tal forma que se ha ampliado esta concepción en la que grupos multidisciplinarios los conforman, es importante conocer el punto de vista de cada uno porque el aporte que puedan ofrecer será de mucha importancia en el momento de tomar decisiones.

Ventajas de la toma de decisiones grupales. La información y los conocimientos son completos, se discuten diversidad de puntos de vista, existe mayor aceptación en las soluciones y lo que se decide tiene mayor legitimidad es decir que se trabaja visualizando y analizando todos los aspectos y problemas, en algunas ocasiones se podría utilizar el FODA, el que permitirá obtener con mayor claridad hacia donde queremos llegar con las características que nos ofrece.

Desventajas de la toma de decisiones grupales. El tiempo que se utiliza suele ser mayor del que se planifica, por variadas razones cada uno de los que conforman el equipo de trabajo podría presentar en el momento de ejecutar la responsabilidad correspondiente, algún percance que les impide estar a la hora y fecha acordada, obviamente que se deberá reprogramar esta actividad y esa será la pérdida de tiempo; Siempre en el grupo existe presión para persuadir o presionar en alguna situación que podría no ser adecuada y que podría favore-

cer a ciertos miembros del equipo en las decisiones a tomar, esto ocurre cuando el dominio solo lo ejercen pocas personas además de que las responsabilidades serán ambiguas, al final no se cumplirían los objetivos propuestos en la toma de decisiones grupales.

Una técnica para la toma de decisiones grupales siempre ha sido la lluvia de ideas, en las cuales se estimula específicamente todas las alternativas que se puedan generar, considerado este el momento propicio para frenar cualquier crítica destructiva respecto a las mismas; existen otras técnicas que también son aplicables en el momento de las decisiones están las de grupo nominal, que es la que permite que el grupo se reúna formalmente, pero no restringe el pensamiento independiente; la técnica Delphi aísla a los miembros de la influencia indebida de otras personas; las reuniones electrónicas tiene una gran ventaja por su anonimato, velocidad y honestidad en las decisiones.

4.17. Liderazgo

Es el poder de influencia que una persona tiene sobre grupos definidos, que trasmitiendo positivismo en todo el quehacer se lograran las metas propuestas. El estilo de liderazgo se lo define como la búsqueda de la calidad total en una persona o, que proporcione como resultado una influencia social ejercida sobre otras en una organización

Estilos de liderazgo. Para ejercer el liderazgo se debe tener definido el estilo que posee cada uno de los que dirigen algún tipo de trabajo, evidentemente que se trabaja con grupos humanos en los cuales existen variedad de caracteres y, que de alguna forma su estilo incidirá en los resultados de la organización. Los líderes deben poseer rasgos inconfundibles entre los cuales se mencionan:

- **Estado físico**. Ser una persona con capacidades físicas excelentes, que soporte la presión del trabajo, el cual no solo lo deberá ejercer en horas normales, sino que además habrán situaciones que lo obligaran a estar fuera de su horario normal, donde su presencia sea necesaria en la resolución de problemas. En los actuales momentos en el Ecuador existe la ley orgánica de discapacidades (registro oficial septiembre 2012)

que pueden ejercer su derecho de participar en la vida política y tener accesos a ocupar cargos de autoridad y de alta responsabilidad en las áreas públicas o privadas; se hace referencia en este aspecto porque se puede confundir el estado físico con la discapacidad física.

- **Rasgos intelectuales**. Ser muy inteligente, tener capacidad de dominio no solo de las tareas a ejecutar sino, en todo lo relacionado a las labores en donde el intelecto debe ser prioritario, se mencionó anteriormente sobre cómo deben tomarse las decisiones y es allí donde sus acciones deben ser acertadas, visualizar las situaciones y analizarlas de manera concienzuda sin dejar de lado la parte humana.
- **Rasgos sociales**. Evidentemente que un líder debe ser carismático, empático y sociable, características innatas para lograr el dominio del grupo, este siempre estará rodeado de diferentes grupos humanos, donde debe transmitir positivismo, no se obtendrían buenos resultados si el caso fuera lo contrario.
- **Rasgos relacionados con las tareas**. Existen diferentes tareas en las cuales no todos los lideres podrían ejercer sus funciones, ejemplo un líder del equipo médico no podría liderar un trabajo de ingenieros, porque desconoce de los procedimientos para tales funciones.

4.18.Tipos de liderazgo

- Liderazgo Autocrático. Este tipo de líder es que bajo su concepción lo establece todo, los objetivos, procedimientos, resultados y considera que las tareas deben realizarse bajo su mandato, es quien ordena y espera obediencia en todo lo que asigna, las decisiones que toma son unilaterales de tal forma que limita la participación de quienes lo apoyan el poder que representa depende de su capacidad en el otorgar castigos o recompensas.
- Liderazgo democrático. Este tipo de líder siempre involucra a su personal en la toma de decisiones, los alienta a la participación y en la metodología que se debe aplicar, escucha las opiniones de quienes son su apoyo.
- Liderazgo liberal. Es una libertad absoluta de los colaboradores en tomar decisiones, el líder no interviene en nada, solo es una pantalla para la

organización.

- Liderazgo paternalista. Esta clase de líder es muy parecido al autocrático, con la diferencia que ofrece consejos a sus colaboradores para conseguir resultados que pueden o no favorecer a la organización, ofrece recompensas a los que cumplen satisfactoriamente, estos piensan que tienen la razón en todo y que los trabajadores no poseen criterio propio, solo deben obedecer.
- Liderazgo situacional. Está considerado un enfoque dinámico en la dirección de organizaciones o instituciones de cualquier índole, este líder es flexible y sabe cómo actuar en el momento adecuado, su elasticidad y tolerancia le permite proveer a cada empleado lo que requiere y cuando lo necesita, satisfaciendo al trabajador y a la empresa.

4.19. Comunicación

Es un proceso de transmisión de parte de un emisor a través de los medios de estímulos sensoriales con contenidos explícitos o implícitos a un receptor con el fin de informar, motivar o influir sobre el mismo. (Ongallo, 2007)

Tipos de comunicación. Se debe tener en cuenta que se pasa la mayor parte del tiempo con otras personas, el ser humano es esencialmente social y por lo tanto es importante interrelacionarse con los demás, las habilidades que se tengan para la comunicación ayudan al mejoramiento de las relaciones entre las personas. Existen algunos tipos de comunicación, dependiendo de ciertos aspectos se agrupan en dos categorías, la verbal y no verbal.

Comunicación verbal. Son las palabras o frases y el tono de voz que utilizamos para dirigirnos individual o grupalmente a personas.

Comunicación no verbal. Esta se refiera a un gran número de canales entre los que tenemos, contacto visual, gestos, movimientos, postura, distancia corporal entre el emisor y receptor, seguridad con la que se habla y dominio de la temática.

Técnicas de comunicación eficaz. Los principios básicos para lograr una

comunicación correcta se basa en aplicar ciertas estrategias que permitirá que la información entre emisor y receptor, se mencionaran algunas de ellas a continuación:

- ***La escucha activa***. En todo proceso comunicativo el saber escuchar es una virtud, cuando no se aplica esta estrategia es evidente que no se presta importancia a lo que los demás están expresando, esta actitud se considera una gravísima falta de valores morales en la que está incluida el respeto, cuando se escucha se requiere de un esfuerzo superior al que se realiza cuando se habla, porque posiblemente quien emite un criterio no se sabe expresar, pero el oyente lo codifica y comprende la situación del otro. No se debe confundir el oír con escuchar, el primero son vibraciones, el segundo es la comprensión de todo lo que la otra persona no solo expresa sino que debe tener la habilidad de percibir ideas, pensamientos y sentimientos, de esta forma se llega a la empatía para comprender a la otra persona. Para cumplir con esta escucha activa existen ciertos elementos que la facilitaran, entre las que tenemos la disposición psicológica; que el otro sepa que le escuchas acentuando con gestos y mirándole fijamente (contacto visual) lo contraproducente seria que se distraiga, que se interrumpa, que lo juzguen, no rechazar, no contar tu historia como ejemplo, no contra argumentar, evitar el síndrome de la experticia, estas son consideraciones que se deben tener en cuenta para aplicar la escucha activa.

4.20. Habilidades para la escucha activa

- Mostrar empatía, intentar comprender lo que esa persona siente.
- Parafrasear**,** expresar con propias palabras lo que el emisor expresa**.**
- Emitir palabras de esfuerzo o cumplidos, ejemplo; muy bien, me encanta hablar contigo.
- Resumir, es una habilidad por el cual se le transmite a la otra persona que se le ha comprendido, pero que es necesario mayor aclaración del tema, ejemplo; es decir que lo que me estas contando es….

Comunicación organizacional. Esta se refiere al flujo de la información

que está presente en una organización, aquí existen diversos canales y redes, se presentan dos facetas, la comunicación formal e informal.

Comunicación formal. Es aquella que cumple con las líneas de autoridad y con las que debe cumplir las labores de mando, generalmente esta comunicación siempre está sustentada en evidencias, los que pueden ser oficios circulares, personales, memos y otros que se puedan demostrar.

Comunicación informal. Es la que no está elaborada y aprobada por la gerencia y no está definida en la parte de la estructura organizacional de la institución, esta puede venir de cualquier canal no oficial entre grupos o personas, conocida también como rumores, los que se convierten en chismes y los chismes en problemas, es por eso que no se debe prestar mucha atención a esta comunicación, solo se dará importancia a todo lo que se presente por escrito.

Comunicación descendente. Es aquella en que la comunicación fluye de arriba hacia abajo, desde los niveles jerárquicos superiores hasta las bases de colaboradores, es útil para establecer tareas, cumplir metas, proporcionar instrucciones, informes políticos, procedimientos y señalar problemas de desempeño; los instrumentos que se utilizan para esta clase de comunicación son los oficios circulares, informes generales, manuales, periódicos internos, oficios personales.

Comunicación ascendente. Esta fluye de abajo hacia arriba, desde las bases de colaboradores respetando los niveles jerárquicos hasta la gerencia o dirección, los instrumentos que generalmente se utilizan son los memos, reuniones de trabajo, sugerencias para mejorar la producción, peticiones laborales y salariales entre otras.

Comunicación horizontal. Es la comunicación que se establece en un mismo nivel organizacional, ejemplo comunicación del colegio de enfermeras/os convocando a una reunión de trabajo para establecer políticas y normas internas de los colegiados.

Comunicación electrónica. Actualmente esta es la metodología utilizada

para transmitir información de cualquier índole, en las organizaciones públicas, privadas y ONG's es muy común este sistema tanto para recibir como para enviar, entre ellos tenemos los teléfonos celulares, fax, computadoras, circuitos cerrados de TV, correo electrónico, whatsap, Messenger, Facebook, instagram y muchos más, cuando se utilizan las redes sociales debería ser solo con fines de agrupación para la comunicación, si está relacionado con trabajo. Estos últimos prácticamente han desplazado a la comunicación física; también pueden ser utilizadas como medio de comunicación formal e informal.

4.21. Conflictos

Concepto. Es la oposición o desacuerdo que existe o se inicia entre personas**,** también se define como el conjunto de dos o más hipótesis o situaciones que son excluyentes, cuando surge un conflicto se produce un enfrentamiento que podría dar como resultado una pelea, una lucha o una discusión donde una de las partes involucradas intenta imponerse a la otra.

En todas las agrupaciones sociales surgen conflictos, estos pueden ser de cualquier índole, desde personales hasta laborales, se clasifican en unilaterales, bilaterales y multilaterales; el primero es cuando solo una de las partes está en desacuerdo, el bilateral cuando las partes esperan algo de la otra y , la ultima es un grupo de personas que se encuentran afectados por el conflicto, a esto también se le puede llamar efecto colateral; a su vez pueden ser leves, moderados y graves; cuando estos surgen es necesario actuar de forma inmediata para evitar situaciones que conlleven a la gravedad del caso. El área de la salud se caracteriza porque dentro de sus labores existe la relación multidisciplinaria con quienes se necesita interactuar diariamente en distintos ámbitos, las exigencias en los actuales momentos es la de trabajar en equipos con diferentes profesionales; situaciones que podrían conllevar al inicio de alguna disparidad técnica o social que puede desencadenar en desigualdades que los llevan a expresar y probar sus diferencias; las causas más comunes en los conflictos institucionales son las fallas en la comunicación, deficiente estructura organizacional, problemas en el comportamiento individual, incumplimiento de las labores, limitación de materiales y recursos, chismes, envidia, y otros aspectos relacionados con la ética y valores morales individuales.

El personal de enfermería no está exento de problemas o conflictos internos, los que pueden estar asociados con sus intereses personales y las aspiraciones de la institución, es un proceso de elección en el que puede interferir la conquista de sus deseos, voluntades, metas y objetivos propuestos, si se llega a la reflexión se podrá identificar que existen muchas situaciones que generan esta clase de sentimientos negativos, que de una u otra forma va a incidir en las actividades diarias.

Los tipos de conflictos adquiridos por este personal pueden presentarse de diversos aspectos, afrontamiento entre los mismos profesionales, manipulación de otros profesionales, sumisión o retirada, catalogados estos como interdependientes y que evidentemente tendrán repercusiones a la institución de salud y demás profesionales. Generalmente los conflictos internos son los más destacados, estos son inevitables, la administración de enfermería institucional tiene una ardua tarea con el equipo para evitar agravamientos de rivalidades; el profesional de enfermería en todos los momentos debe demostrar valores éticos y morales, carta de presentación que debe ser la antesala en todas las actividades que ejecute, el inicio de un conflicto en este personal no es otra cosa que la visualización de que su conducta no es la apropiada para ejercer un cargo en el cual debe tener contacto constante con grupos de individuos.

Se debe considerar que estas acciones dan como resultado el daño personal más que el institucional; hay que visualizar la parte positiva de los conflictos, estos va a permitir descubrir los problemas que existen y solucionarlos, podría ser también que se llegue a otros puntos que podrían ser complementarios a alguna situación interna del sistema u organización.

Manejo de conflictos. Para manejar los conflictos se debe actuar en una forma muy acertada, de tal forma que ninguna de las partes involucradas se vea afectada, para ello se necesitan un conjunto de técnicas y métodos diseñados para permitirle a las partes la solución de los problemas sin llegar a la violencia. Estos son utilizados en el momento más crítico lo que permitirá a las partes llegar a un acuerdo que facilite alcanzar la satisfacción de sus intereses.

En un conflicto no existen buenos ni malos, solo existe el sentido de justicia

y generalmente es por eso que se presentan los problemas dentro de la organización laboral; la constitución de la república del Ecuador promulga que se debe trabajar por la defensa de los derechos humanos y de la naturaleza, una defensa basada en el respeto al otro y a la otra, en el preámbulo construye la siguiente frase " una sociedad que respeta en todas sus dimensiones la dignidad de las personas y colectividades" (Delgado, 2014).

La dignidad es la esencia del ser humano, a pesar de las distintas conceptualizaciones, es el componente más importante de cada persona considerado el núcleo constitutivo, característica que no se pierde o limita por las acciones o comportamientos que se presentan. Para la resolución de los conflictos se deben cumplir con ciertas etapas, que son la mediación, negociación, conciliación y arbitraje.

Mediación. Es un mecanismo a utilizar para estimular el acercamiento de las partes y poder llegar a la resolución de problemas, en esta etapa debe existir el mediador que es una tercera persona neutral que llegara con el objetivo de que exista un acuerdo entre las partes y se llegue a la solución del conflicto.

Negociación. Es el proceso en que ambas partes quienes presentan intereses comunes por un lado y, conflictos por otro se reúnen para proponer y discutir alternativas con el fin de llegar a un acuerdo.

Conciliación. Es el proceso por el cual ambas partes recurren a un tercero neutral para que promueva el dialogo y ayude a las partes a encontrar la solución a sus problemas, este tiene la facultad de sugerir opciones de solución, pero se debe tener claro que son las partes quienes deciden entre si el acuerdo final.

Arbitraje. Es un procedimiento que se aplica en una controversia y, que ha sido acordado por las partes a un árbitro, el que debe dictar una decisión considerada obligatoria para los involucrados en el conflicto, al escoger esta opción las partes optan por un procedimiento privado en la solución de los problemas en lugar de acudir a los tribunales, considerado lo más beneficioso en la salida a las dificultades.

4.22. Gestión de talento humano

Una de las etapas más importantes en la administración de una institución de salud es el talento humano con el que se deberá trabajar, este se constituye como esencial, es por ello que su adecuada selección es relevante para el desempeño y logro de metas y objetivos planteados internamente.

El MSP como rector en salud ha creado dentro de su organización la Dirección Nacional de Talento Humano, quien es la responsable de administrar y potenciar el personal profesional que labora en esta institución, con el propósito de definir, normar, y garantizar el cumplimiento de standadres relacionados con la planificación, gestión y desarrollar un cambio de estructura organizacional, para obtener óptimos resultados en las diferentes actividades en las cuales se desenvolverán quienes conforman equipos de trabajo. De esta forma el MSP garantizara la calidad y excelencia en los servicios, asegurando la actualización, inclusión y socialización de la normativa entre los involucrados. Para ello esta cartera tiene sus atribuciones y responsabilidades que están enmarcadas como normas y políticas; a continuación un detalle de ellas.

a. Coordinar la aplicación de la política y normativa legal vigente para el desarrollo integral del talento humano en el Ministerio de Salud Pública.
b. Controlar la aplicación del Manual de Clasificación de Perfiles Profesionales por especialidades, en todas las instancias del Ministerio de Salud Pública, sus establecimientos de salud y sus entidades adscritas.
c. Implementar y controlar la aplicación de normas para la capacitación, especialización, y pasantías de los profesionales del Ministerio de Salud Pública.
d. Cumplir y hacer cumplir las disposiciones establecidas en la Constitución de la República del Ecuador, Leyes, Reglamentos, Normas y Resoluciones emitidas por el Ministerio de Relaciones Laborales;
e. Asesorar a los niveles directivos de la institución en aspectos relacionados con el Sistema de Desarrollo Organizacional, Administración de Recursos Humanos y Bienestar Social.
f. Coordinar y controlar la aplicación de las políticas de Talento Humano en las unidades desconcentradas.

g. Elaborar, actualizar y difundir el Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos, manuales, procedimientos, reglamentos, instructivo, formatos y otros documentos generados por la Dirección Nacional de Talento Humano.
h. Elaborar indicadores de Gestión de Talento Humano.
i. Implementar los programas de capacitación de desarrollo personal y bienestar laboral.
j. Conducir y coordinar el estudio e informe técnico de la creación y supresión de puestos.
k. Conducir y coordinar la administración de los Movimientos de Personal.
l. Conducir y coordinar la administración del sistema informático del Talento Humano y remuneraciones.
m. Conducir y coordinar la administración del régimen disciplinario en planta central y niveles desconcentrados.
n. Asesorar al usuario interno y externo sobre la administración del Talento Humano.
o. Aplicar el Régimen Disciplinario de personal regulado por la Ley Orgánica del Servicio Público (LOSEP) y el Código de Trabajo.
p. Elaborar políticas y procedimientos de aplicación del Manual de Descripción, Clasificación y Valoración de Puestos.
q. Elaborar y ejecutar las Políticas y procedimientos de Evaluación de Desempeño y monitorear en los niveles desconcentrados.
r. Velar por el cumplimiento de los procesos que integran el Sistema de Remuneraciones a nivel nacional.
s. Emitir políticas, reglamentos, instructivos y disposiciones para la ejecución del Subsistema de Reclutamiento, Selección y Contratación.
t. Mantener una coordinación directa con la Dirección de Cambio de Cultura Organizacional.
u. Participar de ser requerido y de acuerdo al ámbito de su competencia en la sala situacional del Ministerio de Salud Pública.
v. Ejercer las funciones, representaciones y delegaciones que le asigne el/la Coordinador/a General Administrativo/a Financiero/a, y las demás establecidas en la Ley Orgánica del Servicio Público, su Reglamento y demás disposiciones vigentes sobre la materia.(MSP, http://www.salud.gob.ec/direccion-nacional-de-talento-humano/, 2015)

En las Zonales asi como en los distritos de salud, quienes integran los equipos de trabajo son profesionales que se han destacado desde sus inicios, quienes han demostrado gran capacidad intelectual, investigativa, desempeño, habilidades y destrezas que se requieren para ejercer un liderazgo o nominación de jerarquía, entre estos se encuentran los profesionales de enfermería quienes ocupan cargos de gran responsabilidad y jerarquía. Los profesionales en salud, específicamente los/as enfermeros/as, para obtener un puesto de trabajo deben cumplir con ciertas etapas.

1. Acudir al Ministerio de lo laboral con la cédula de identidad, donde le otorgaran un número que es la clave para el ingreso a la página de socio empleo.
2. Posteriormente deben abrir el sistema e ingresar su hoja de vida.
3. Cada cierto tiempo el postulante debe abrir la página cuando alguna institución solicita profesionales.
4. Ir a la opción aplicar.
5. Si este ha sido aceptado, dependiendo de la institución de salud deberá responder un cuestionario de entre 100 y 150 preguntas, que en su mayor porcentaje están direccionadas al manejo de los programas del MSP (área preventiva – primer nivel de atención).
6. Si completa el puntaje requerido ha ganado el concurso mediante la metodología en línea y, deberá ocupar el cargo asignado en forma inmediata.
7. Entre los requisitos que debe presentar el postulante y que no están solicitados en la página, pero que es de mayor validez son 2 capitaciones por año, posiblemente el Ministerio las omite como una estrategia.
8. Otro aspecto importante es el no ingresar certificados de honor, por ejemplo de héroe del terremoto otorgado por cualquier institución, si lo hicieran esta información les restaría puntaje. Deben hacerlo solo en el caso de que esta haya sido otorgada por el Ministerio de Defensa, que allí si sumaria el puntaje.

Otra metodología es la que utiliza el IEES, además de haber cumplido con el proceso anterior, si ha sido seleccionado por esta institución, quien ha sido favorecido/a debe presentarse con todos los documentos físicos ingresados en

la página, con el propósito de corroborar que son originales, además de que en esa oportunidad se realizara la entrevista para la valoración de aspectos como actitud, personalidad, capacidad de respuestas, conocimientos entre otros.

Es importante recalcar que anteriormente se cumplían con ciertas etapas, las que actualmente se han mejorado, evitando de alguna manera la coima, el padrinazgo, la selección por simpatía o a dedo; lo que daba como resultado productos que no cumplían con las metas propuestas, el proceso anterior constaba de:

1. Comunicación a veces en secreto porque ya se tenía el personal seleccionado.
2. Recepción de documentos que en la mayoría de los casos se traspapelaban.
3. Selección de documentos que ya estaban previamente asignados.
4. Reclutamiento, que era la fase de aprendizaje que generalmente se lo realizaba antes de iniciar las labores en las áreas donde debía ejecutar sus labores el personal clasificado.

4.23. Clima laboral

Se entiende como el medio físico en el que se desenvuelven las personas en el desarrollo de sus labores cotidianas, influye en la satisfacción del personal y por lo tanto en la productividad; está relacionado con el “saber hacer” del directivo, con los comportamientos de las sujetos, su manera de trabajar y de relacionarse, su interacción en cada área de salud, con los equipos que se utilizan y con la propia actividad de cada uno.

El clima laboral es una de las características permanentes en el ambiente interno de una organización que experimentan sus miembros, ésta influye en la calidad de vida profesional, especialmente en la motivación y el apoyo directivo, por ejemplo, un líder de una unidad de salud reconoce las buenas acciones de su personal. (Muñoz Seco, Coll Benejam , & Linares Pou, 2006)

El clima organizacional analiza principalmente a través de las dimensiones de estructura, responsabilidad, calidez, apoyo y normas, las mismas que, de-

pendiendo de la forma en cómo se experimenten, determinan la satisfacción de los trabajadores en relación con su ambiente de trabajo y se vuelve importante debido a la necesidad por conocer los aspectos que influyen en la productividad; el talento humano y el grado de satisfacción de los trabajadores y usuarios, con el propósito de permitir direccionar el desarrollo de acciones que den cumplimiento a la misión establecida. (Juárez-Adauta, 2012)

Condiciones de trabajo. Este aspecto es determinante en cualquier área de trabajo, se deben conocer las posibles consecuencias negativas para la salud de los trabajadores, incluyendo además aspectos ambientales y tecnológicos, las cuestiones de organización y ordenación del trabajo, se decir que tiene mucho que ver la parte administrativa. Son muchos los lugares de las instituciones de salud en donde el personal está expuesto a riesgos biológicos, ambientales, físicos entre otros, pero ya depende de la organización y el control en ellos para prevenir. Ejemplos:

- Exposición a radiaciones en hospitales oncológicos.
- La distribución de las áreas en las unidades de salud.

También influye en la salud las condiciones de empleo, el modo en que se presta el trabajo asalariado: los tipos de contratos, la jornada, el reparto de género de las tareas, la doble jornada. Todos estos aspectos tienen mucho que ver con la calidad de vida y la salud. Cuando hablamos de salud laboral y, por lo tanto, de salud en el trabajo, no nos podemos olvidar de todos estos temas. La condición de trabajo, por lo tanto, está vinculada al estado del entorno laboral. El concepto refiere a la calidad, la seguridad y la limpieza de la infraestructura, entre otros factores que inciden en el bienestar y la salud del trabajador. (Balderas Pedrero, Administración de los Servicios de Enfermería, 2005)

Cuidar las condiciones de trabajo tiene múltiples ventajas para el empleador y para el Estado, desde económicas (ya que las malas condiciones implican un mayor gasto por el pago de tratamientos médicos, seguros, etc.) y legales (las condiciones mínimas están tipificadas en el derecho civil y el derecho penal) hasta morales (ningún trabajador debería estar en riesgo por desarrollar una actividad laboral que le permite satisfacer sus necesidades básicas). Puede de-

cirse que las condiciones de trabajo están compuestas por varios tipos de condiciones, como las condiciones físicas en que se realiza el trabajo (iluminación, comodidades, tipo de maquinaria, uniforme), las condiciones medioambientales (contaminación) y las condiciones organizativas (duración de la jornada laboral, descansos).

Los sindicatos y organizaciones que se encargan de proteger a los trabajadores a todos los niveles y, en este caso concreto, en lo que respecta a las condiciones de trabajo tienen muy en cuenta una serie de aspectos fundamentales para que el empleado pueda desarrollar su labor de la manera más confortable posible y sin poner en peligro su integridad. Así, por ejemplo, entre los elementos que se encargan de vigilar, para poder desarrollar sistemas de prevención de riesgos laborales, se encuentran el ruido, la iluminación, las dimensiones del área de trabajo o la termorregulación. (Balderas Pedrero, Administración de los Servicios de Enfermería, 2005)

Y es que estos elementos, si no cumplen las normativas exigidas al respecto, pueden llevar a que el empleado sufra desde pérdida auditiva hasta cuadros de fatiga nerviosa pasando por enfermedades de distinta tipología. En este sentido, asimismo hay que recalcar que existen otra serie de aspectos que también se convierten en fundamentales a la hora de conseguir que cualquier persona goce de las condiciones de trabajo más favorables. Un ejemplo de una mala condición de trabajo hablando en el ámbito de salud seria la mala clasificación de los desechos hospitalarios. Los trabajadores se desempeñan en un ambiente insalubre, muchas veces sin el descanso adecuado. Anteriormente, para ahorrar costos, no abastecían a los hospitales con equipos de protección personal poniendo en riesgo la salud de los trabajadores a infecciones nosocomiales.

4.24. Cálculo de personal de enfermería

Definicion. Es una operación matemática que define el número de enfermeras que se requieren para dotar a un servicio determinado del talento humano indispensable para asegurar un funcionamiento adecuado. (Balderas Pedrero, Administración de los servicios de Enfermería, 2012)

Requisitos

1. Tomar en cuenta la capacidad de los servicios; es decir, el número de camas, consultorios, salas de quirófano, etc.
2. Considerar la complejidad de los tratamientos médicos y de enfermería que requieren los pacientes, según el nivel de prevención y servicio especializado de que se trate.
3. Según el área de atención se establece también el indicador correspondiente.
4. Otro factor importante a tomar en cuenta es el sistema de organización, ya que si éste es lineal requiere menos recursos que un sistema de organización funcional.

Indicadores. Las diferentes denominaciones por especialidad médica, comunes en los sistemas de salud son la base para establecer los indicadores del personal de enfermería. De esta forma se determinaron cinco categorías:

INDICADORES para calcular el personal de enfermería necesario según categorías de tratamiento:	
Categorías de tratamiento	Horas necesarias de atención de enfermería directa en 24 h
I. Cuidados mínimos (convalecencia, consulta externa, atención domiciliaria y franca recuperación)	1 a 2
II. Cuidados parciales (hospitalización sin gravedad, recuperación)	
III. Atención directa (pacientes delicados, de cirugías, pediátricos y prematuros)	3 a 4
IV. Cuidado intensivo intermedio (pacientes de urgencia, con necesidad de reanimación, graves, con tratamiento complejo vías de recuperación)	5 a 6
V. Cuidado intensivo (pacientes graves en fase complicada del tratamiento, posoperatorio y con tratamiento de tercer nivel de atención médica)	7 a 8
	10 a 14

Tabla No. 7 (Balderas Pedrero, Administración de los servicios de Enfermería, 2012)

Otra forma para establecer indicadores de la atención de enfermería se determina por los servicios hospitalarios según su especialidad.

INDICADORES POR SERVICIO	
Servicio	Horas de atención de enfermería directa en 24 h
Cirugía	4
Medicina Interna y gineco obstetricia	3
Pediatría	5
Prematuros	6
Terapia intensiva	10
Urgencias	8

Tabla N° 8. (Balderas Pedrero, Administración de los servicios de Enfermería, 2012)

INDICADORES POR JORNADA DE TRABAJO	
Jornada de trabajo	Porcentaje necesario de enfermeras en 24h.
Matutino	40%
Vespertino	30%
Nocturno	30%
Total	100%

Tabla N° 9. (Balderas Pedrero, Administración de los servicios de Enfermería, 2012)

INDICADORES POR PERFIL Y SERVICIO	
Servicio	Porcentaje según el perfil
Cirugía, medicina Interna, Ginecoobstetricia	60% Profesional 40% No profesional
Pediatría	80% Profesional 20% No profesional
Prematuros, Terapia intensiva, Urgencias, Unidad quirúrgica	100% Profesional
Central de equipos y esterilización	10% Profesional 90% No profesional

Tabla N° 10. (Balderas Pedrero, Administración de los servicios de Enfermería, 2012)

Los indicadores para determinar el porcentaje de personal profesional y no profesional, que se requiere, según el servicio que preste, son también establecidos para realizar el cálculo del talento humano necesario.

- Personal profesional: licenciado en enfermería y posgraduados.
- Personal no profesional: enfermera de nivel técnico y pos básico, auxiliares.

INDICADORES PARA PERSONAL ADMINISTRATIVO	
Jefe de enfermeras	1
Subjefe de enfermeras	1 por jornada en hospitales de 100 camas
Supervisores	1 por jornada en hospitales por cada 60 camas
Jefe de enseñanza	1 por cada 100 enfermeras
Jefe de servicio	1 por jornada y servicio

Tabla N° 11. (Balderas Pedrero, Administración de los servicios de Enfermería, 2012)

INDICADORES PARA SUPLENCIAS	
Vacaciones	1 enfermera más por cada 10 si se tienen vacaciones en periodos de 10 días y dos al año.
6º. Y 7º. días	1 enfermera más por cada 6 enfermeras

Tabla N° 12. (Balderas Pedrero, Administración de los servicios de Enfermería, 2012)

Procedimiento. El procedimiento para calcular el personal de enfermería necesario en los servicios se realiza cumpliendo el siguiente proceso:

1. Calcular las horas necesarias de atención de enfermería para algún servicio particular, considerando los siguientes aspectos: número de camas, indicador.

Fórmula: X= CI
En donde:
X= horas requeridas
C= número de camas

I= indicador establecido

Ejemplo:¿Cuantas horas de atención de enfermería son necesarias para un servicio de pediatría con 20 camas?

Respuesta: 100 horas (x=20(5)), en donde 20 es el número de camas y 5 es el indicador para el servicio de pediatría.

X=100Horas necesarias de atención= 100

2. Calcular el personal de enfermería necesario para el servicio, tomando en cuenta los siguientes aspectos:
   - Horas que se requieren cubrir con personal de enfermería.
   - Jornadas de trabajo

Fórmula: X = H/J
En donde:
X = personal de enfermería necesario
H = horas necesarias de atención
J = jornada de trabajo

Ejemplo: ¿Cuántas enfermeras se requieren para un servicio de pediatría con 20 camas?

Respuesta: 13 enfermeras
X = 100/8
X = 12.5

Cuando se obtiene fracciones, si estas son de 0.5en adelante se redondea al entero, cuando son menores de 0.5 se eliminan. En el ejemplo, la fracción es de 0.5, por lo cual la respuesta correcta son 13 enfermeras.

3. Una vez obtenido el número que se requieren para el servicio, el paso es distribuirlas por turnos, tomando en cuenta los indicadores establecidos.

Siguiendo con el ejemplo anterior:

Turno matutino, el 40%de 13=5.2; número entero: 5
Turno vespertino, el 30% de 13=3.9; número entero: 4
Turno nocturno, el 30% de 13= 3.9; número entero: 4

El turno nocturno es doble, por razón de que se alterna al personal para que trabaje una noche si y otra no. Algunas instituciones doblan el resultado de la distribución para el turno nocturno y otras lo dividen. La opinión Balderas Pedrero es que debe doblarse el resultado en todos los casos, por motivo de que el turno nocturno tiene un porcentaje establecido en un indicador y al dividir al personal dicho porcentaje también se divide; dado que el personal calculado para el servicio no trabaja todo el año, es necesario calcular además el personal de enfermería suplente, lo cual se hace de la siguiente manera:

- Para cubrir vacaciones, una enfermera más por cada 10 enfermeras en el servicio.
- Para cubrir el sexto y séptimo día, una enfermera más por cada seis.

Ejemplo: ¿Cuántas enfermeras se requieren para suplencias en un servicio de pediatría con 20 camas?

Respuesta: tres enfermeras.

Al realizar el cálculo de personal necesario se obtiene un resultado de 13 enfermeras en total para el servicio de pediatría, de las cuales, para programar su descanso de sexto y séptimo día, se aumentará, en este caso, dos enfermeras más (una por cada seis). El subtotal es ahora de 13 más, es decir 15.

Para calcular el personal de enfermería suplente por vacaciones de las 13 enfermeras, se aumenta, en este caso, una enfermera más (una por cada 10), lo cual da un total de 16 enfermeras para el servicio de pediatría de 20 camas.

Observación: Se tomaran en cuenta sábados, domingos y feriados que sumarian 144, estos se restan de 365 días que tiene el año y se obtendrán los días laborables anuales, que dan como resultado 221 sobre los que deben elaborar el horario de trabajo en cada área.

4. Calcular el personal según el perfil que se requiere para el servicio específico, considerando los siguientes aspectos:
   - Personal con perfil profesional (licenciadas, especialistas, maestras, doctoras).
- Personal con perfil no profesional (técnicas, auxiliares y otros estudios técnicos).

Ejemplo: ¿Cuántas enfermeras profesionales se requieren para un servicio de pediatría con 20 camas?

Respuesta: el indicador, según el perfil, establece que para un servicio de pediatría, 100% debe ser profesional. Por lo anterior, las 13 enfermeras serán profesionales, así como las tres enfermeras necesarias para suplencias.

4.25. Factores que afectan la dotación de personal

- **Internos.** El presupuesto asignado para el talento humano de la organización es un elemento que puede limitar la contratación de enfermeras. El ausentismo es otro factor limitante, porque impide mantener los servicios en los parámetros calculados.
- **Externos.** Las políticas de salud y empresariales son factores que pueden limitar la dotación de personal o afectarla por razón de calidad.
- **Factores macro ambientales.** El posicionamiento y la competencia son factores que pueden afectar seriamente la dotación de personal.

Es importante aclarar que los indicadores para calcular e1 personal de enfermería necesario para los servicios son simplemente eso, indicadores; los mencionados aquí tienen su base en un estudio realizado hace algunas décadas, con las nuevas políticas de salud y los impactos de la globalización, además de las tendencias a modificar los sistemas de trabajo, se presenta la necesidad urgente de realizar nuevos estudios para determinar los indicadores.

Evidentemente que es necesario realizar revisiones periódicas en cada establecimiento de salud, considerando las ampliaciones físicas y por ende el requerimiento de personal, esta actividad se la ejecutara antes del funcionamiento

de algún área, las razones son variadas, se debe realizar una planificación con presupuesto para poder dar ejecución a lo proyectado, cumpliendo las metas y objetivos propuestos organizacionales.(Balderas Pedrero, Administración de los servicios de Enfermería, 2012)

4.26. Dotación de materiales e insumos

- Cálculo de materiales y equipos. El cálculo de material y equipo es la investigación cuantitativa de las necesidades de material, equipo e instrumental, que se requiere para proporcionar atención médica en servicios de hospitalización. (Organizacion Panamericana de la Salud, 2012)
- Condiciones. Para realizar el cálculo de material y equipo se tomara en consideración solo cuando, los servicios se amplíen, se reorganicen exista un aumento en el consumo diario o se muestren alteraciones con tendencia al desperdicio.
- Factores. Al calcular el equipo y material necesarios deben tomarse en cuenta, al menos los siguientes factores:
    - Capacidad del hospital.
    - Curva estándar de consumo.
    - Porcentaje de ocupación.
    - Tipo de hospital.
    - Tratamientos especiales y frecuencia.
    - Edad y sexo predominante en los pacientes.
    - Presupuesto asignado.
    - Duración del material.
    - Tipo de almacenamiento.
    - Calidad y costo de los artículos.

Clasificación del material y equipo. Para clasificar el material y equipo, considere dos categorías: según el lugar en que se encuentran y de acuerdo con el uso destinado.

Material y equipo en almacén. Materiales y equipos nuevos que se encuentran almacenados con el propósito de renovar y mantener aquel equipo que está siendo utilizado y que así lo requiera.

Material y equipo en fondo fijo. Material y equipo que se ubica en los servicios con el propósito de cubrir emergencias, el aumento por contingencia y los imprevistos.

Material y equipo en central. Material y equipo que se recibe para su limpieza y esterilización o, en su defecto, por canje.

Material y equipo móvil. Material y equipo que puede cambiarse de lugar si es necesario. Se caracteriza porque puede trasladarse a donde sea requerido. Debe contarse con un equipo por cada 10 pacientes en 24 horas cuando es de uso frecuente.

Equipo fijo. Equipo que está instalado en una ubicación específica, que no puede ser trasladado según las necesidades o urgencias que se presenten.

Equipo clínico. Equipo que se utiliza indefectiblemente en los tratamientos médicos o de enfermería.

Equipo rojo. Equipo especial que se utiliza solo en casos de urgencia, o para reanimación. Es importante proporcionar uno a cada servicio.

Para calcular la dotación de ropa de cama, se manejan los siguientes indicadores:

- Un juego por cama de las existentes en los servicios.
- Un juego por cama existente en la lavandería.
- Un juego por cama existente en almacén.
- Un juego por cama en ropería del servicio.
- Un juego más por cada 10 juegos existentes en lavandería para cubrir el proceso de lavado y renovación, que presupone el deterioro normal.
- Dicho juego debe sustituirse cada 6 meses.

Como recomendaciones para calcular material y equipo necesario en los servicios se recomienda los siguientes:

- Preveer la existencia con base en cálculos realistas.
- Asegurar la existencia de fondos fijos en los servicios.
- Mantener la dotación y verificar las existencias.

- Realizar investigaciones periódicas que muestren el consumo.

El modelo incluye siete procesos centrales.

1. **Selección:** La selección es el punto de partida y pilar fundamental del sistema de suministros. Se refiere a la elección de los medicamentos e insumos de salud realmente requeridos para atender a la población objeto, teniendo en cuenta las guías definidas para el diagnóstico y tratamiento de las principales patologías en el país o entidad.
2. **Estimación / adquisición conjunta:** es la cuantificación de las cantidades de cada insumo requeridas
3. **Almacenamiento:** El almacenamiento es el proceso que garantiza la conservación de los insumos bajo las condiciones establecidas por el fabricante de manera que se conserve su efectividad a la hora de ser utilizado en las personas. Igualmente, el proceso de almacenamiento garantiza la custodia de los inventarios
4. **Disposición final:** El proceso de disposición final se refiere al adecuado manejo, desactivación (cuando aplica) y disposición final de los residuos, cuya metodología varía según el tipo de residuo.
5. **Distribución:** La distribución es el proceso que abarca el movimiento y traslado del insumo desde el almacén o bodega central, hacia los almacenes de las regionales, hospitales, unidades, clínicas comunales u otras unidades de atención a usuario.
6. **Promoción del uso racional:** consiste en un conjunto de estrategias dirigidas a proporcionar el uso adecuado de los medicamentos e insumos de salud, brindando una información básica sobre ellos
7. **Farmacovigilancia:** fundamentados en los tres pilares de la política farmacéutica nacional: acceso, uso y calidad; con disponibilidad cuatro tipos básicos de recursos: talento humano, sistema de información, infraestructura y dotación.(Nolassco, 2013)

4.27. Diseño presupuestario para la gestión de enfermería

Definicion. Según Burbano (2005) El presupuesto es la expresión cuantitativa formal de los objetivos que se propone alcanzar la administración de una

organización, en un periodo determinado, adoptando estrategias para lograrlas, también es una estimación programada de manera sistemática.

Presupuesto. Es un plan de acción expresado en términos financieros, en función de horas hombre-hombre, unidades producidas, horas-máquina, o cualquier otro término numérico mesurable, realizar un presupuesto es proyectarse, también se reconoce como el instrumento fundamental de la planeación; de acuerdo con el concepto ya expresado, se describe al presupuesto como un plan porque sigue los mismos pasos de la planeación; es decir, se orienta a conseguir determinados objetos, se elabora con base en un diagnóstico financiero y se eligen determinadas alternativas para su ejercicio, se menciona los **"términos financieros"** porque se estiman en unidades monetarias.(Balderas, 2009)

Función del presupuesto. Considerada la acción de programar la distribución de ingresos y egresos financieros, prever el aprovechamiento de recursos y apoyar la consecución de objetivos.

Importancia. De la utilización adecuada y racional de los recursos disponibles dependerá el logo de objetivos organizacionales.

4.28. Requisitos para un presupuesto

- Labores por partidas.
- Preveer cambios e imprevistos.
- Fijar ingresos y egresos.
- Ser flexible.
- Aprovechar al máximo los recursos disponibles.

Elaboración del presupuesto. La responsabilidad de elaborar el presupuesto corresponde a un equipo, el cual debe incluir dirigentes, patrocinadores, administradores, jefes de departamentos o áreas y sectores especiales relacionados con presupuesto. Por lo general, la forma de operar de los integrantes del equipo es coordinada por el administrador del presupuesto (que puede recibir diversas denominaciones); en el proceso, cada jefe de departamento presenta sus necesidades de financiamiento, posteriormente el dirigente presenta el presupuesto

global a los socios que subsidian, quienes a su vez aprueban o modifican las erogaciones; en cada organización la elaboración del presupuesto se norma conforme al tipo de funcionamiento.(Leyton)

4.29. Tipos de presupuesto

- Presupuesto de ingresos y egresos.
- Presupuesto de costos fijos.
- Presupuesto de costos variables.
- Presupuesto por programa.
- Presupuesto financiero.
- Presupuesto operacional.
- Presupuesto con base cero.

Presupuesto de ingresos y egresos. Es un plan financiero que se estima de acuerdo con los ingresos fijos y percepciones promedio, según experiencias previas. Los egresos se consideran como inversiones necesarias, ya probadas, estos quizás son los más comunes y pueden ser tan variados como las clasificaciones de egresos. Este tipo de presupuesto suele relacionarse con partidas individuales de gastos; el jefe de departamento suele relacionarse con partidas individuales de gastos; el jefe de departamento presupuestará sólo partidas importantes.

Presupuesto de costos fijos. Como su nombre lo indica, se programan partidas que por lo general son las mismas por periodos prolongados; por ejemplo, sueldos, mantenimiento, alimentación, etc., también se le conoce como presupuestos de gasto capital porque describe gastos específicos, son presupuestos inflexibles y deben relacionarse con la planeación a largo plazo.

Presupuesto de costo variable. Las partidas programadas se estiman conforme a un promedio de egresos, es apropiado para controlar los egresos que pueden variar según la demanda: por ejemplo, material de desechable, viáticos, actividades de enseñanza, entre otros. Los presupuestos variables o flexibles son de gran utilidad para la eficiencia, se planean para modificar a medida que el volumen de utilidad varía. Tiene su base en un análisis de las partidas de gastos

para determinar cómo deben corregir los costos individuales acorde al volumen de utilidad. La actividad principal de un presupuesto variable es seleccionar alguna unidad de medida que refleje el volumen, y por estudios estadísticos análisis de ingeniería de métodos o por otros medios, establecer cómo se produce la variación y su resultado.

Presupuesto por programa. Se detallan los egresos conforme a los diversos programas que integran el plan general, en sus partidas cada programa presenta particularidades que dificultan la elaboración de un presupuesto general; este método es aplicable en sistemas de organización material y, por lo general es de utilización temporal.

Presupuesto financiero. Es aquel que se expresa en unidades monetarias, y en función de horas-hombre y horas-máquina, la particularidad de esta técnica presupuestal es el establecimiento de números en su elaboración.

Presupuesto operacional. Los egresos se señalan en detalle, indicando cantidad, costo por unidad, total parcial y global, en ocasiones se incluye un análisis de la experiencia.

Presupuesto con base cero. Su propósito es un sistema variable bien operado, la idea sustantiva de esta técnica es dividir los programas empresariales en paquetes y calcular los costos por paquetes, cada programa se inicia con base cero, los gastos se calculan así cada vez que se revisa el presupuesto evitando con ello la tendencia a tomar en cuenta solo cambios producidos en el ejercicio anterior, la principal ventana de esta técnica de presupuesto es que cada vez que se evalúa el ejercicio presupuestal anterior se debe planear de nuevo cada programa, de tal forma que sus costos se revisan totalmente.

4.30. Horario personal de Enfermeria

Las jornadas laborales de manera general en base a la Ley Orgánica de Servicios Públicos (LOSEP), dictamina la jornada de trabajo ordinaria de lunes a viernes 8 horas diarias 5 días a la semana cumpliendo 40 horas semanales y un total de 160 horas al mes, y la jornada especial que será instauración de la insti-

tución, población y personal con el que cuente.

Atención hospitalaria. En las áreas de Emergencia, Terapia Intensiva, Neonatología, Quirófano y Obstétrica, los profesionales laboraran en turno de 6, 8 y 12 horas diarias en función del talento humano, de la institución, completando las 40 horas semanales.

- **Quirófano:** 12 horas para cirugías programadas de lunes a sábados y 24 horas para emergencia.
- **UCI:** atención las 24 horas del día
- **Emergencia:** atención las 24 horas del día
- **Radiología:** atención las 24 horas del día
- **Laboratorio:** atención las 24 horas del día
- **Farmacia:** atención las 24 horas del día
- **Establecimientos en el área rural con residencia obligatoria:** 24 horas los 18 días del mes y 12 días libres

Personal de cuidado directo tendrá una jornada especial de 5 días laborales y 2 días libres cumpliendo 160 horas mensuales.

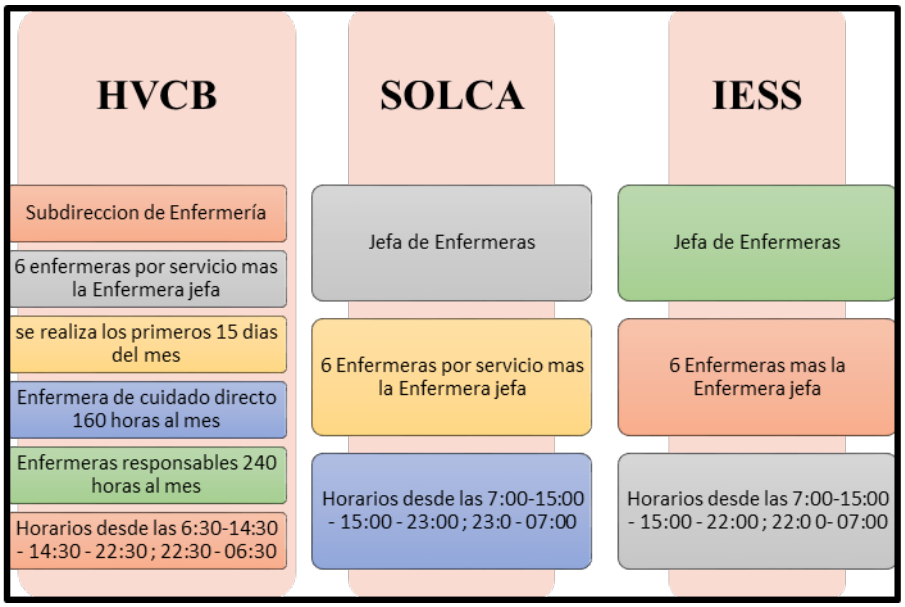


Figura N° 16. Intituciones de salud

4.31. Calidad en el cuidado de enfermería

Actualmente la ciencia y tecnología son parte importante del mundo globalizado, la información que se ingresa está al alcance de quienes necesitan saber sobre cualquier tema, solo basta con inscribirse a una página, registrar un link o escribir una palabra o frase que permita abrir opciones de las cuales se optimiza lo que es de interés; en este aspecto el profesional de Enfermeria tiene una gran ventaja, para perfeccionarse en todos los aspectos solo basta adquirir los conocimientos por medio de esta tecnología y ponerlos a la práctica.

Sin embargo con todos estos adelantos tecnológicos aún existen fallas en la calidad y atención de los servicios de salud; la satisfacción en el usuario o cliente es primordial, a tal punto que está definido como un indicador de calidad, el profesional de enfermería tiene conciencia sobre este aspecto, la responsabilidad frente al cuidado que debe tener al momento de la atención no solo será orientada a cumplir con la visión o misión de la institución, debe estar enfocada a la ética, leyes y normas profesionales para que se cumpla; es de satisfacción escuchar a los usuarios relatar sobre los cuidados que se les brinda siempre con la calidez que caracteriza a este profesional, estos aspectos se pueden tomar como una gran oportunidad en la construcción de un indicador que se orienten a trasformaciones y/o innovaciones en este campo para mantener, corregir y/o mejorar situaciones presentadas.

Una de las estrategias que se utiliza actualmente es la evaluación que se realiza al profesional de enfermería mediante preguntas informales dirigidas al usuario, siempre relacionadas a la atención que se ha brindado, la presencia, actitudes, conducta, manera de respuestas y la prestación de los servicios en forma veraz y oportuna. Aun asi, con todo lo antes expuesto la calidad en el cuidado de este profesional estáen proceso, son diversas las situaciones que impiden que cumpla con este aspecto en su totalidad; en un capitulo anterior se mencionó y graficó el desarrollo en cada una de las etapas, lo que se puede asegurar es que este profesional con todas las limitaciones brinda a sus congéneres, todo lo que tiene a su alcance para comprender a la persona sano y/o enferma.

4.32. Estandares e indicadores en los programas del MSP

Estándares en salud. Un estándar es un modelo, una pauta o una regla; en salud es un modelo de atención dirigida a un asunto específico pero, que se debe aplicar en algunas etapas para cumplirlo, también se lo define como una declaración o criterio utilizado en salud para medir la calidad de la práctica profesional, estos modelos señalan explícitamente el procedimiento esperado y deseado; sirven para realizar evaluaciones constantes con el propósito de alcanzar el mejoramiento continuo.

Los estándares establecidos por el MSP, se los realizó con el fin de contar con una referencia que permita identificar las variaciones en el desarrollo de los procesos establecidos, aplicando las medidas de corrección en el momento oportuno, estos facilitan el funcionamiento en los servicios que se ofrecen, proporcionan información de algún problema y la forma como resolverlo, además de fomentar el trabajo con equipos multidisciplinarios. Estos se elaboran con un gran equipo técnico que representa a los profesionales interesados y a los servicios que están involucrados en la atención directa al usuario de salud en cualquier nivel de atención.

Indicadores de salud. La serie de indicadores básicos facilita la comparación y análisis de los avances en la salud individual y colectiva, contribuye a determinar los logros, los puntos críticos y falencias a ser superadas en relación a las políticas del Estado y a los objetivos del Plan Nacional para el Buen Vivir. El Ministerio de Salud (MSP), como órgano rector del país, conjuntamente con otras instituciones del Estado y la Organización Panamericana de Salud (OPS), han trabajado en una serie de documentos relacionados; por lo que es importante destacar el esfuerzo y trabajo conjunto del equipo de profesionales de las Instituciones involucradas en este proceso, así como de la Comisión Nacional de Indicadores Básicos, el aporte a los equipos de salud es importantísimo, pues con esta base se tiene claro como debe ser el proceso en la aplicación para obtener resultados que permitan mantener, mejorarlo y/o corregir errores programáticos detectados. A continuación en forma general una breve síntesis de cómo se deben aplicar los estándares según cada proceso.

4.33. Estándares según procesos:

Ejemplo 1.
ENTRADA:

1. La Unidad Operativa según su nivel de complejidad, contará con el 100% de insumos, equipos y medicamentos básicos, para la atención de las prestaciones de planificación familiar.

PROCESO:

2. Toda usuaria que sea atendida en una unidad operativa por control prenatal, desde la semana 34 de gestación, recibirá asesoría de anticoncepción y ésta se registrará en la historia clínica perinatal (051) y/o en el formulario de Salud Reproductiva (hoja 052).

NOTA: Este es un estándar cuya actividad (asesoría) puede ser incorporada y medida en el estándar Nro. 2 de control prenatal del manual de estándares e indicadores de la norma materna, en usuarias que acuden con 34 semanas de gestación o más.

3. Toda usuaria que acuda a su primera consulta de control preconcepcional, se le realizará y registrará en la historia clínica (formularios de salud reproductiva 052) al menos seis actividades seleccionadas de la norma de planificación familiar.
4. Toda/o usuaria/o que acuda a su primera consulta de anticoncepción, se le realizará y registrará en la historia clínica (y/o formularios de salud reproductiva 052) al menos dos actividades seleccionadas de la Norma de Planificación Familiar.
5. Toda usuaria que sea atendida en una unidad operativa por parto, cesárea, aborto, mola hidatiforme o embarazo ectópico, recibirá asesoría de anticoncepción y se prescribirá un método anticonceptivo según criterios de elegibilidad; registrándose en la historia clínica perinatal 051 y/o en el formulario de salud reproductiva 052.

SALIDA:

6. Toda/o usuaria/o que acuda a una unidad operativa, en su primera consulta de planificación familiar, estará satisfecha/o con la atención recibida. (MSP, Manual de estándares indicadores, 2008)

Ejemplo 2.

La Unidad Operativa según su nivel de complejidad, contará con el 100% de insumos, equipos y medicamentos básicos, para la atención del menor de 1 año de edad que acude a control.

PROCESO:

1. Todo niño/a que sea atendido/a en una unidad operativa del primer nivel de atención por control, desde las 24 horas de nacido/a se le abrirá un expediente clínico en el que se registrarán todas las actividades recibidas de la atención médica, enfermería y otros profesionales en salud, la inmunización correspondiente, las citas subsecuentes y toma de medidas antropométricas, además del perímetro cefálico e IMC.
2. Todo niño /a que acuda a su primera consulta de control, se le realizarán las actividades que corresponden y,en la libreta integral de salud del niño o niña (0 días de nacido/a hasta 5 años) registrarlas; en este instrumento de trabajo se deben transcribir todos los datos solicitados, hay que recordar que en este se detalla específicamente todo lo acontecido del recién nacido/a, los círculos amarillos son alerta, luego las medidas antropométricas según la edad, en el esquema de vacunas registrar las aplicadas y, las fechas siguientes con lápiz que son las consultas programadas; control de crecimiento y desarrollo de 1 a 5 años; todas ellas se deben aplicara según las normas de atención del menor de 1 a 5 años de edad.
3. Toda madre que acuda con su niño al control médico deberá recibir asesoría nutricional y de Enfermeria para ella y su bebé.

SALIDA:

Toda madre que acude con su niño/a una unidad operativa del primer nivel de atención, en su primera consulta de control, estará satisfecha con la atención recibida. (MSP, Manual de estándares indicadores, 2008)

El MSP mantiene en sus registros digitales y físicos una gran cantidad y variedad de información en catálogos, normas, políticas, reglamentos protocolos, manuales, guías, estándares entre otros medios, para que estos sean de fácil acceso al personal profesional y no profesional, que laboran en los diferentes niveles de atención, de tal forma que se obtenga una búsqueda confiable y actualizada con el propósito de que estos se socialicen y apliquen en forma continua, oportuna y regularmente entre el equipo de salud. Es por eso que el estudiante y profesional en salud debe recurrir a estos repositorios.

4.34. Actividades técnicas y administrativas en el primer nivel de atención en eni y PCT- MSP–ECUADOR

El MSP con el propósito de fortalecer el primer nivel de atención, ha mejorado estrategias y normas de atención en los diversos programas que se cumplen por parte del equipo de salud, el ENI (estrategia nacional de inmunización) es considerado el programa estrella, siguiéndole al PCT (programa del control de la tuberculosis); para la implementación de éstos se ha requerido de infraestructuras adecuadas, equipamiento y mobiliario requerido para cumplir con las metas en cada uno de ellos; el mejoramiento continuo de la calidad en la atención de salud mediante la prevención es uno de los objetivos propuestos en cada uno de ellos.

Las actividades técnicas que debe ejecutar el profesional de enfermería en el ENI son las siguientes:

4.35. Regulación y normatización

- Clasificación de las áreas y localidades según su riesgo.
- Determinación de necesidades de biológicos, jeringuillas, equipos y/o elementos de la cadena de frío y recursos financieros.
- Motivación y reconocimiento al personal que trabaja en acciones del ENI y VE (Vigilancia epidemiológica).
- Asesoramiento a las Autoridades en lo relacionado al ENI y VE.
- Apoyo a descentralización y desconcentración.
- Apoyo técnico a las áreas de salud en la elaboración del plan estratégico

anual y de contingencia.
- Elaboración y seguimiento de planes y programaciones nacionales, provinciales y locales.
- Cumplimiento de las normas técnico administrativas del ENI y VE local.
- Elaboración de informes y solicitudes de biológicos e insumos.
- Análisis de la información y toma de decisiones.

4.36. Conducción

- Asesoramiento a las Autoridades en lo relacionado al ENI y VE.
- Apoyo a descentralización y desconcentración.
- Apoyo técnico a las áreas de salud en la elaboración del plan estratégico anual y de contingencia.
- Elaboración y seguimiento de planes y programaciones nacionales, provinciales y locales.
- Cumplimiento de las normas técnico administrativas del ENI y VE local.
- Elaboración de informes y solicitudes de biológicos e insumos.
- Análisis de la información y toma de decisiones.

4.37. Vigilancia de EPV (enfermedades prevenibles por vacunación)

- Notificación oportuna de los casos.
- Reportar al nivel central/provincial/área de salud la notificación semanal negativa o positiva de las EFENV (Enfermedades febriles no vesiculares), TNN (tétanos neonatal).
- Realizar regularmente el monitoreo rápido de coberturas (MRC).
- Practicar regularmente la búsqueda activa (BA).
- Investigación de casos con la visita domiciliaria e investigación exhaustiva de brotes.
- Elaboración y divulgación de los indicadores del ENI y VE.

4.38. Coordinación

- Coordinar la cooperación nacional e internacional, gubernamental y no gubernamental y el trabajo interinstitucional, basado en las prioridades nacionales, provinciales y locales.

4.39. Supervisión, evaluación e investigación

- Supervisión de los componentes del programa.
- Evaluación de resultados e impactos para la toma de decisiones y retroalimentación.
- Identificación, aprobación y apoyo a la investigación del ENI y VE.

El ENI para su ejecución cuenta con componentes básicos los que están definidos de la siguiente manera, organización y coordinación, programación, capacitación constante, cadena de frio, ejecución, vigilancia epidemiológica con el apoyo de la red de laboratorios, sistema de información, participación y comunicación social, supervisión, monitoreo, evaluación e investigación operativa y epidemiológica; si no existieran estos componentes no se cumpliría con el objetivo del programa, para la programación de las actividades de vacunación a nivel local se tomará en cuenta la proyección de la población por grupos de edad, análisis de cobertura y los siguientes aspectos:

ANALISIS DE LA INFORMACION. Tiene como base el análisis de los datos consignados en el registro diario de actividades de vacunación (Anexo 8 A) y la validación de la información del o los concentrado(s) de actividades de vacunación. Se tomará en consideración la población a ser vacunada en los diversos grupos de edades y las coberturas alcanzadas en el último año, sean estos provinciales, por área de salud y por unidades operativas. Considerando el análisis de los datos y los gráficos de cobertura que disponen todas las unidades operativas de salud del país, se decidirá sobre la estrategia a seguir para mejorar las coberturas: microfases de vacunación, ampliar los días de vacunación, reajustar los horarios, demanda espontánea, visita domiciliaria, microconcentracion, barrido entre otras a planificar.(MSP, Manual de normas tecnico administrativas del ENI, 2005)

Talento humano que disponen las unidades operativas, las áreas y quienes conforman el sistema de salud público, que colaboren para el cumplimiento de estas actividades; recursos materiales y equipos como refrigeradoras, termos, cajas frías, paquetes fríos, termómetros, biológicos, jeringuillas, algodón, jabón líquido, formularios suficientes para el sistema de información, considerar los datos demográficos oficiales del INEC (población, viviendas, número de familias); el presupuesto es un rubro determinante en la planificación de actividades, se debe determinar las fuentes de financiamiento (MSP, Organismos de Salud, ONG's, OG, instituciones particulares, agencias de cooperación).

Los gastos a tomar en cuenta son pago de movilización del personal de salud (viáticos, subsistencia, alimentación, pasajes terrestres y aéreos, combustible, alquiler de vehículos, canoas, aviones, acémilas); pago de materiales de promoción y comunicación social sean estos impresos o de difusión masiva. Cálculo de la población objeto por grupos programáticos, para determinar la población objetivo del ENI, se aplicará el siguiente procedimiento:

VACUNA	POBLACION POR GRUPOS PROGRAMATICOS
*BCG (Bacilo Calmette Gueryn)	Dato oficial de menores de 1 año
HEPATITIS B	Menores de 1 año (dosis cero RN) + susceptibles de 1 a 9 años en la Amazonía
PENTAVALENTE	Dato oficial de menores de 1 año
OPV / IPV (Poliomielitis)	Dato oficial de menores de 1 año
DPT (Difteria, pertusis y tosferina)	20% del dato oficial de la población de 1 a 4 años
SRP (sarampión, rubeola, parotiditis)	Dato oficial de la población de 12 a 23 meses
DT (toxoide diftérico)	Población escolar de segundo y séptimo años básicos.
dT. (toxoide diftérico)	Zona de riesgo de TNN: dato oficial de mujeres en edades fértiles (embarazadas y no embarazadas); dato oficial de embarazadas.
FA (Fiebre amarilla)	Dato oficial de la población de 12 a 23 meses y susceptibles en los demás grupos de edad (2-4, 5-14, 15-44, 45 y más) en la Amazonía.

(MSP, Estrategia Nacional de Inmunizacion, 2015)

Solicitud de biológicos y suministros. Para realizar el cálculo de las jeringuillas su base es el número de población objeto de vacunación, dividida para el tiempo a solicitar estos insumos, que podría ser mensual, trimestral o semestral. Cuando se realiza la solicitud de biológico se utiliza una matriz en donde se encuentra el número de dosis por esquema y el factor de pérdida de cada uno de las vacunas a solicitar.

4.40. Matriz de programacion según biologico

Biológico.	Población	No. dosis x esquema	Factor de pérdida
BCG	100% de menores de 1 año	1	2
OPV	100% de menores de 1 año + susceptibles de 1 a 4 años.	3	1.2
OPV	20% de la población de 1 a 4 años para refuerzo.	1	1.2
DPT	% de susceptibles de 1 a 4 años.	3	1.2
DPT	20% de la población de 1 a 4 años para refuerzo	1	1.2
Penta (DPT-Hib-HB)	100% de menores de 1 año.	3	1.05

dT	Zona de riesgo de TNN: 100% de mujeres de 10 a 49 años (embarazadas y no embarazadas) Zona sin riesgo de TNN: 100% de embarazadas	5	1.2
DT	100% de niños y niñas de segundo y séptimo de básico	1	1.2
HB Multidosis	100% de menores de 1 año en Amazonía para dosis cero del recién nacido	1	1.2
HB Multidosis	% de susceptibles de 1 a 9 años	3	1.2
FA	100% de población de 1 año y susceptibles de 2 y más años en la Región Amazónica.	1	1.5
SRP Multidosis	100% de población de 12 a 23 meses	1	1.3
SRP Unidosis	100% de población de 12 a 23 meses	1	1.05
SR	Sólo para el grupo programado en campañas	1	1.3

(MSP, Estrategia Nacional de Inmunizacion, 2015)

4.41. Politica de frasco abierto

VACUNAS	TIEMPO DE USO EN LA INSTITUCION	REQUISITOS
OPV	Usar maximo hasta 30 dias.	Que no haya pasado la fecha de caducidad
DPT		
DT		Conservacion de la temperatura dentro de la refrigeradora o el termo.
dT		
HB		
Hib liquida	Utilizar maximo hasta 6 horas despues de abrir el frasco.	Utilizar técnica aséptica para el retiro de las agujas (No dejar agujas en la tapa)
BCG		
Pentavalente		
SRP		frasco debe ser limpio y sec
SR		

(MSP, Estrategia Nacional de Inmunizacion, 2015)

OBSERVACIONES: Los frascos de vacunas transportados fuera de la unidad operativa que fueron abiertos en el trabajo de campo, no podrán ser nuevamente utilizados, tampoco reingresados a las refrigeradoras, deben ser descartados pero, deben guardarse como evidencia de que no has sido sustraídos, es importante recordar que los biológicos bacterianos o toxoides (DPT, BCG,

Penta, dT, DT, y HB) nunca deben estar congelados.

4.42. Actividades técnico administrativas del ENI

ESTRATEGIA NACIONAL DE INMUNIZACION. Este es uno de los programas de mayor impacto e importancia que el MSP ha instaurado a nivel nacional, su objetivo principal es la prevención en enfermedades virales y bacterianas; son varias las actividades y tareas administrativas que el profesional de enfermería debe conocer y aplicar, entre ellas la población asignada en cada una de las comunidades, la población total por grupos etarios, la producción, el monitoreo, las coberturas y metas planificadas y alcanzadas por periodos, todos ellos darán como resultado un indicador de salud poblacional.

De cada grupo poblacional se deben alcanzar las metas anuales que el MSP exige; ejemplo las coberturas de BCG es el 100% de los menores de 1; es necesario conocer que de cada grupo se deben aplicar fórmulas para analizar los resultados de vacunación. A continuación los detalles especificados en las diferentes actividades según grupos poblacionales y biológicos.

Todas las actividades realizadas en los programas del MSP, especialmente el ENI, deben ser evaluadas constantemente con el propósito de corregir, mantener o mejorar las estrategias con las cuales se están ejecutando acciones; es el profesional de enfermería el responsable directo de los resultados obtenidos, es por ello que su liderazgo es de gran relevancia en el mismo. Las coberturas, las tasas de abandono y deserción evalúan la gestión del programa, estos son indicadores directos que orientan a tomar decisiones, que generalmente son visionados a resultados positivos. A continuación guía de indicadores tomados del Manual PAI 2005- MSP – Ecuador aún vigente.

GUIA DE INDICADORES

Cobertura de BCG.

Total de dosis administradas de BCG en menores de 1 año
…….. X 100
Población < de 1 año.

Interpretación:

- >= 95% óptima cobertura por buena accesibilidad al ENI.
- <95% riesgo de meningitis TB y miliar por protección tardía.

Cobertura de PENTAVALENTE

Total de tercera dosis de Penta en menores de 1 año
…….. X 100
Población < de 1 año.

Interpretación:

- La cobertura de la vacuna Pentavalente en menores de 1 año mayor a 95% buena inmunidad grupal.
- Cobertura de < del 80% alto riesgo de brotes.

Cobertura de OPV en menor de 1 año.

Total de terceras dosis de OPV en menores de 1 año
…….. X 100
Población < de 1 año.

Interpretación:

- >= 95% buena inmunidad grupal, bajo riesgo de casos autóctonos.
- < del 95% gran riesgo de susceptibilidad.
- Coberturas de menos del 50% riesgo de aparecer Polio virus derivado de la vacuna.

Cobertura de HB Cero en la región amazónica

Total de dosis HB Cero en menores de 1 año
…….. X 100
Población < de 1 año.

Interpretación:

- Cobertura de HB Cero > de 95%. Protección probable de RN de madre portadora, bajo riesgo de brotes.
- < 95% riesgo de aparecimiento de cirrosis y cáncer hepático primario.

Cobertura de vacunación SRP

Total de dosis de SRP en niños de 12 a 23 meses
……..... X 100
Población de niños de 12 a 23 meses

Interpretación:

- >= 95% buena inmunidad grupal, bajo riesgo de brotes.
- < del 95% bolsones de susceptibles.

Cobertura de FA en la región amazónica.

Total dosis adm. , de FA en niños de 12 a 23 meses
…… X 100
Población de niños de 12 a 23 meses

Interpretación:

- >= 95% buena inmunidad grupal, bajo riesgo de brotes.
- < del 95% bolsones de susceptibles.

Cobertura dT embarazadas

No. dT2 + refuerzos dT embarazadas
…… X 100
Población de embarazadas.

Interpretación:
- >= 90% ENI eficiente, eficaz y trabajo coordinado con prenatal.
- < del 90% oportunidades perdidas y riesgo de TNN.

Cobertura acumulada dT en MEF.

No. dT2 e NO embarazadas de los últimos 5 años + dT2 en embarazadas de los últimos 5 años
…… X 100
Población de MEF de alto riesgo (incluye emb., del año)

Interpretación:
- >= 90% ENI eficiente, eficaz y trabajo coordinado con prenatal. Opción de pasar a fase de mantenimiento.
- < del 90% oportunidades perdidas y riesgo de TNN.

Tasa PFA.

No. de casos de PFA en < de 15 años
…… X 100.000
Población de < 15 años

Interpretación:
- < 1 cien mil probable subregistro de casos, realizar búsqueda activa.
- 1 ó + por cien mil, notificación.

Tasas de EFENV

No. de casos de EFENV en cualquier edad
…… X 100.000
Población total.

Interpretación:

- >= a 3 por cien mil habitantes VE confiable.
- < 3 deficiente VE, subregistro, baja capacidad de detección de brotes. Realizar BA.

Tasa TNN

No. de casos TNN < 28 días.
…… …… X 100
Total nacidos vivos País / provincia/ ASAR/ ZAR.

Interpretación:

- < 1 TNN por mil nacidos vivos eliminación lograda.
- >= 1 TNN por mil NV es un problema prioritario de salud pública en el país, provincia, área de salud o zona.

Tasa de abandono PENTA

(No. De primeras dosis PENTA en < 1 año) – (No. de terceras dosis PENTA en < 1 año)
…… … X 100
No. primeras dosis DPT en < 1año

Interpretación.

- < 6% eficiente
- 6% a 12% desfase en el esquema, oportunidades perdidas de vacunación. Ausencia de un mecanismo de seguimiento de lactantes con esquema incompleto.

Tasa de abandono OPV.

(No. De primeras dosis OPV en < 1 año) – (No. de terceras dosis OPV en < 1 año)
…… X 100
No. primeras dosis OPV en < 1año

Interpretación.

- < 6% eficiente
- 6% a 12% desfase en el esquema, oportunidades perdidas de vacunación. Ausencia de un mecanismo de seguimiento de lactantes con esquema incompleto.

Tasa abandono dT

(No. De primeras dosis dT) – (No. de segundas dosis dT año)
…….. X 100
No. primeras dosis dT.

Interpretación.

- < 6% eficiente
- 6% a 12% desfase en el esquema, oportunidades perdidas de vacunación. Atención no integrada de la embarazada.

Tasa deserción BCG-OPV1

(No. Dosis BCG en < 1 año) – (No. primeras dosis OPV en < 1 año)
…… X 100
No. dosis BCG en < 1año

Interpretación**.**

- 12% adecuado. Refleja accesibilidad al ENI y continuidad al esquema de vacunación.

Tasa de deserción OPV3 – SRP

(No. Dosis OPV3 en < 1 año) – (No. Dosis SRP en < 1 año)
…… X 100
No. dosis OPV3 en < 1año

Interpretación.

- Si es > 12% indica frecuentes oportunidades perdidas.
- 12% adecuado, refleja continuidad en el esquema de vacunación.

Áreas bajo riesgo por coberturas de SRP

No. De distritos con coberturas SRP>= 95% en un año.
…….. X 100
Total de distritos

Interpretación.

- Mínimo riesgo de ocurrir brotes en niños, sobre todo si es una cobertura sostenida en varias cohortes.

% de cantones que notifican al menos un caso EFENV

No. De cantones /distritos que han notificado 1 ó más EFENV
…….. X 100
Total cantones/ distritos

Interpretación.

- De acuerdo a la población señala comunidades no silenciosas.

Tasa de acceso.

Mide el % de los niños(as) que fueron captados o ingresados al calendario de vacunación. Por lo general se usan las vacunas que son administradas en el recién nacido como son la BCG y la HB.

El numerador está conformado por el número de dosis administradas de BCG en los recién nacidos (RN) o menores de 30 días y el denominador lo constituyen el número total de los recién nacidos, por conveniencia en el país usamos como denominador la población menor de un año.

BCG dosis
---------- X 100
Población menor de 1 año

Tasa de Cobertura:

Mide el porcentaje de los niños(as) programados, que completaron sus esquemas de vacunación, por cada tipo de vacuna, el denominador lo constituye la población programada según el grupo de edad el cual es específico para cada vacuna. La cobertura se calcula por cada vacuna. Ejemplo:

Cobertura Rotavirus:

Numerador: Nº de segundas dosis de Rotavirus administradas al menor de un año, en el periodo de un año. Denominador: Población menor de un año.

Rot2ene/dic
---------- x 100
Población < 1 año

Tasa de Deserción (TD):

Permite calcular el número y porcentaje de niños/as que no completa su esquema de vacunación, este grupo se pierde el seguimiento vacunal.

Para deserción PENTA1/PENTA3: ejemplo.

Nº de dosis de PENTA 1 administradas entre septiembre 2015 y agosto 2016.
---------- X 100
Nº de dosis de PENTA 3 administradas entre enero y diciembre 2016.
(MSP, Estrategia Nacional de Inmunizacion, 2015)

Tarea para los estudiantes: revisar en el manual de normas del ENI el capítulo XVI, páginas 73 a 80.

Otra de las actividades técnico administrativas del ENI es el llenado de formularios utilizados para la información en la sala situacional; entre ellos se encuentran el informe y solicitud de biológicos y jeringuillas, metas de las actividades programadas anual, trimestral y mensual, lo realmente ejecutado durante

cada mes, saber el acumulado y las coberturas alcanzadas durante un periodo de tiempo, además del llenado del registro gráfico de coberturas de vacunación en los grupos poblacionales específicos.

Tarea con los estudiantes: exponer una situación en la cual puedan ellos aplicar, comprender, analizar y elaborar estrategias de solución para cubrir población rezagada utilizando los formularios correspondientes. Anexo 7

Resumen

La administración se entiende como la forma de cumplir con un proceso para planificar, organizar, dirigir y controlar el talento humano, equipos y materiales de trabajo en una institución; la gerencia se define como la parte operativa financiera que también debe cumplir con las etapas mencionadas inicialmente pero, controlando ingresos, egresos, compras públicas y proyecciones de gastos futuros.

Esta actividad administrativa – gerencial, tiene características generales las cuales son definidas según el campo de acción al cual van direccionadas, el estudiante conoce, diferencia y relaciona todos estos aspectos con los cuales estará familiarizado al término del capítulo, este profesional durante su vida de trabajo debe y tiene que sujetarse a normas políticas y reglamentos técnicos, operativos y administrativos en los diversos programas que el MSP exige se cumplan en las unidades operativas del primer nivel de atención; la importancia de que los estudiantes de Enfermeria tengan conocimiento sobre estos aspectos, es porque serán ellos quienes estén frente a una unidad operativa del primer nivel de atención y dirigirla hacia las metas propuestas y objetivos trazados interinstitucionales; la calidad de atención que se brinda a los usuarios que asisten por control, debe ser prioritaria en las instituciones de salud, por ello el perfil profesional para desempeñar funciones deben tener una maestría en manejo de talento humano y/o gerencia y administración en salud.

El proceso administrativo para el profesional de salud, específicamente Enfermeria es aplicado continuamente, esta actividad se la efectúa en todos los ámbitos laborales (cuidado directo, investigativo, docente y administración), es

importante resaltar que solo este profesional está capacitado para ejercer este tipo de tareas, razón por la cual generalmente un área dirigida por un/a enfermero/a siempre será respetado, además de tener siempre el apoyo de niveles superiores, de tal forma que el sitial que se gana es por las destrezas, habilidades y competencias aplicadas en este espacio.

La referencia de un usuario a otro nivel de atención, es un procedimiento en el cual se refiere a uno de mayor complejidad cuando la capacidad resolutiva de la institución no permite un procedimiento oportuno en sus problemas de salud, esta es una de las actividades que se deben ejecutar en cualquier nivel de atención en los establecimientos del MSP utilizando los formularios correspondientes de lineamiento operativo para estas circunstancias; la derivación es otra actividad pero, con la diferencia que se lo realiza a una casa de salud del sistema de la red pública integral o privada, se debe recordar que para realizar estas derivaciones se deben agotar todas las instancias de la red pública de salud. La derivación comunitaria se refiere a la coordinación que debe existir entre los representantes comunitarios los que generalmente son los líderes, agentes de medicina ancestral, las CVR (Colaboradoras voluntarias rurales o comadronas), cuando identifican señales de peligro en una persona, estos deben ser derivados al establecimiento más cercano o al de la comunidad que pertenece pero, sin la utilización de formularios. Para ejecutar este procedimiento de referencias, contra referencias y derivaciones se aplican normas y procedimientos operativos, técnicos administrativos que el MSP exige.

Otro ámbito de gran importancia para el profesional de enfermería es el trabajo en equipo, debe tener presente que ninguna tarea a ejecutar, no tendría resultados óptimos si se los realiza en forma individual, entre ellas está la oferta de servicios que se ejecuta con el propósito de atender en forma integral los problemas presentados en una población, la promoción, prevención, fomento y recuperación de la salud es una tarea conjunta en la cual está la participación comunitaria organizada, respetando la diversidad y el entorno de las personas. El liderazgo es otra de las características que se requiere para el manejo de grupos de trabajo y, en este aspecto el profesional de enfermería se destaca con sus habilidades, desempeño, destrezas, conocimientos y profesionalismo ante cualquier situación prevista o imprevista, siempre dará solución a los

problemas presentados, la comunicación en todos sus aspectos, será la base de cualquier procedimiento que impida el alternar con otras personas sean estas usuarios internos o externos.

Los conflictos son situaciones a las cuales se deben enfrentar los líderes en toda organización, los problemas estarán siempre presentes por cualquier causa, en el caso de acontecer se aplicaran técnicas y métodos que ayudaran a la resolución de las partes involucradas, entre las que están la mediación, negociación, conciliación y arbitraje; cada uno de ellos es parte del proceso; el clima laboral es determinante para esta situación, es importante que quienes estén liderando áreas de talento humano deben tener presente que la comunicación es la base de la solución de problemas.

Los indicadores de salud son cifras numéricas que reflejan un resultado, este puede ser positivo o negativo, los programas del MSP – Ecuador continuamente se están monitoreando para analizar los problemas de salud que aquejan a la población, mediante ellos se elaboran estrategias que se aplicaran a nivel local, territorial o nacional, es por ello que el profesional de enfermería debe conocer el manejo técnico operativo y administrativo de todos los programas de salud del primer nivel de atención que es la parte preventiva y, es donde se enfoca la mayor atención al usuario, familia y comunidad.

CAPÍTULO V

EPIDEMIOLOGIA

MAWIL
Publicaciones Impresas
y Digitales

5.1. *Objetivo de aprendizaje*

Proporcionar al estudiante los conocimientos básicos que le permitan desarrollar y evaluar información relacionada con aspectos epidemiológicos y las bases en el cuidado de la salud, aplicando normas, políticas, estrategias y herramientas estandarizadas en los diferentes niveles de atención del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, lo que le permitirá actuar con destreza y conocimiento critico en el momento oportuno.

5.2. Introducción

La epidemiología se define como la ciencia que estudia la frecuencia y distribución delos problemas de salubridad en la población, así como los determinantes implícitos. También se la precisa como la disciplina fundamental de la salud pública, esta ofrece los fundamentos científicos en que se basan las estrategias de prevención y promoción.

La exposición de la metodología epidemiológica permitirá a los estudiantes familiarizarse con los métodos de medición de los problemas de salud, así como con los principales diseños de estudios epidemiológicos que utilizarán para obtener y analizar información. A su vez, el conocimiento de la metodología epidemiológica hará que estos adquieran una actitud crítica que les permita valorar los fundamentos científicos de alguna investigación.

En este capítulo se señalara en forma resumida, comprensible y adaptable las diferentes conceptualizaciones epidemiológicas, las que deberá aplicar el estudiante durante su proceso de formación profesional hasta el desempeño de su rol en los diferentes niveles de atención en salud, y en los que utilizara instrumentos y herramientas epidemiológicas estandarizadas por el MSP.

Actualmente el Ecuador experimenta con mucha frecuencia brotes epidemiológicos y la presencia de casos de enfermedades trasmisibles de alto potencial epidémico, el Ministerio de Salud Pública mediante la Dirección Nacional de Epidemiologia (DINE), ha realizado esfuerzos para mejorar el sistema de vigilancia de emergencias sanitarias, razón por la que se elabora en el año 2002

el manual de Normas y Procedimientos del Sistema Integrado de Vigilancia epidemiológica componente Alerta – Acción (Sive _ Alerta) .

Este constituye la herramienta operativa para las unidades de salud responsables de la captación de casos de enfermedades sujetas a vigilancia y de los equipos de epidemiología comprometidos de la investigación e implementación de medidas de control inmediatas; por lo tanto es imprescindible que el estudiante se familiarice con todo lo relacionado a los lineamientos operativos para la captura, notificación, investigación y cierre de todos los eventos y enfermedades sujetas a vigilancia.

Mision

Determinar, predecir y proyectar el comportamiento de eventos y enfermedades de interés de salud pública y su relación con los factores, determinantes y condicionantes de la salud, generando información oportuna y de calidad, para establecer estrategias de prevención y control que eviten su propagación en la comunidad. (Ecuador, 2016)

Vision

Al 2017 la DNVE (dirección nacional de vigilancia epidemiológica) lidera la generación de información y conocimiento, contribuyendo de esta manera en la toma de decisiones para disminuir el impacto de los eventos en salud pública ya mejorar la calidad de vida de la población, capacitando y perfeccionando la vigilancia a nivel nacional. (Ecuador, 2016)

Objetivo general

Recopilar, investigar y generar información epidemiológica para la formulación y evaluación de la aplicación de políticas, planes, programas de salud en el Sistema Nacional de Salud. (Ecuador, 2016)

Objetivos específicos

- Mejorar el desempeño y la cobertura del Sistema de Vigilancia Epidemiológico en su integralidad y Subsistemas, dando cumplimiento a la obligatoriedad de su implementación y posicionamiento en el Sistema Nacional de Salud, en los diferentes niveles desconcentrados del Ministerio de Salud Pública, a través de la incorporación de técnicas, diseño, organización, tecnología informática y herramientas de comunicación, para el mejoramiento continuo de la calidad, a fin de incrementar la cobertura, eficiencia y efectividad del sistema de notificación y captación epidemiológica.
- Desarrollar las capacidades del país que permita dar respuesta inmediata a los eventos de alto potencial epidémico, mediante la coordinación interinstitucional, articulándose con el Reglamento sanitario Internacional, fortaleciendo los servicios de salud y la red de epidemiólogos.
- Mejorar las capacidades técnicas de la red de epidemiólogos a través del desarrollo de sus competencias mediante la implementación de procesos de capacitación en servicio; actuando en la prevención, la socialización de experiencias, incluyendo el estudio de los determinantes sociales territoriales para un análisis más profundo de la relación salud enfermedad para la toma de decisiones en contextos territoriales diversos. (Ecuador, 2016)

5.3. Conceptualizaciones de método clínico y epidemiológico

La comparación entre ambos métodos, ha sido un ejercicio simple de obligatoria aparición en los textos de Epidemiología que fueron elaborados en las décadas delos 60 y los 70del pasado siglo. Resulta clásico, un cuadro que enumera los pasos para desarrollar cada método por separado.

Aquel famoso parangón en que le método clínico desarrollaba el “diagnóstico clínico” y el método epidemiológico descansaba en la “hipótesis epidemiológica”, se afianzó en el quehacer de los profesionales de tal forma, que se perdió la noción del proceso salud enfermedad, observado desde visiones particulares, pero totalmente conjugadas o integradas.

Se describían otros elementos “diferenciables” que incluían hasta los modelos para plasmar o consignar los hallazgos clínicos y epidemiológicos y así se comparaba la Historia Clínica con la Ficha o Informe Epidemiológico, los medios auxiliares de diagnóstico, entre otros. En décadas posteriores al propio siglo XX, y ya en el siglo XXI, se perfecciona y amplía el objeto de estudio dela Epidemiología, siempre derivado de las consecuencias que los riesgos, enfermedades y daños ocasionan en las personas, ya sea individual o colectivamente. No se perdió el enfoque integral del proceso salud enfermedad, aunque la tendencia a estudiarla enfermedad, prevaleció ante el estudio de la salud.

Se recurre al enfoque integral como si con esa simple mención, inmediatamente pudiera lograrse su desarrollo, y se utilizan los términos multidisciplinariedad e interdisciplinariedad, como representaciones erróneas de esa integralidad de disciplinas y métodos. En ese sentido, surge un proceso renovador, sustentado en la transdiciplinariedad, reconocida como una interacción disciplinar según la propuesta de *Nicolescu* que conjuntamente con *Edgar Morín,* representante de los más importantes ideólogos del pensamiento transdiciplinar.

Con la visión transdiciplinar, se reconoce la realidad multidimensional y estructurada en múltiples niveles, que remplaza la realidad unidimensional de un solo nivel en el pensamiento clásico. Es complementaria al enfoque disciplinario, de la confrontación de las disciplinas hace surgir nueva información, que articula entre si y ofrece una nueva visión sobre la naturaleza y la realidad. No busca el dominio de varias disciplinas, sino la apertura a aquellas que las atraviesan y las trascienden. Esta propuesta pudiera ajustarse perfectamente a esa relación que ha existido entre la Clínica y la Epidemiología y posiblemente, entre la Epidemiología y el resto de las disciplinas, pilares de su formación; pero este nivel de interacción se ha limitado a la semántica y a la transferencia de conocimientos, mientras que el resto de los niveles en realidad han funcionado de forma separada.

Existen nuevas formas de interacción entre estas dos disciplinas, que pueden aprovecharse para rebasar las limitaciones impuestas por el pensamiento estrictamente disciplinar para desarrollar ese vínculo, es decir ambas disciplinas debían avanzar simultáneamente.

Después de la segunda guerra mundial, la clínica se desarrolla en los hospitales, conjuntamente con la microbiología, el Laboratorio Clínico, Rayos Xy la Anatomía patológica; el individuo enfermo se mantiene como su objeto de estudio y los descubrimientos científicos en etapas posteriores, elevan el desempeño de los especialistas clínicos, aunque ese avance se sustenta, básicamente, en la aplicación de la tecnología, no para precisar el diagnóstico clínico, sino más bien, con la enorme tendencia de sustituir esa clásica habilidad diagnóstica, por un criterio eminentemente derivado de los resultados que ofrecen los equipos de última generación. El método epidemiológico en los servicios de salud, estuvo enfocado al control de los programas y las enfermedades infecciosas además de las infecciones y, en la dimensión investigativa, la aplicación de una epidemiologia por excelencia cuantitativista, que se inició con la denominada transición epidemiológica de las enfermedades infecciosas a las no infecciosas, con su máxima expresión en la epidemiologia de los factores de riesgo, no siempre bien utilizada. Regresa la epidemiologia a sus orígenes con la aplicación de la estadística, ahora como tecnología instrumental privilegiada, que relega el uso de los enfoques cualitativos para la identificación de los factores causales que tanto influyen en los problemas de salud de la población. Han sido bien criticados estos enfoques exageradamente "cuantitativista" de la epidemiologia e incluso, se sugiere modificarlos ante los retos del actual siglo.

Se complica más esa instrumentación tecnológica, al pretender conjugar el método clínico y el método epidemiológico, mediante lo que algunos consideran una nueva disciplina la epidemiologia clínica. Este largo y fructífero camino de experiencias e interrelaciones entre ambas disciplinas, facilitaron a *John R. Paul* la publicación en 1958, del primer libro reconocido sobre Epidemiologia Clínica. Su visión de esta disciplina se orientaba a los estudios de caso sin involucrarse en las incidencias poblacionales, aunque reconocía que, tanto la epidemiologia clínica como la no clínica y sus principios, pueden formar parte del trabajo médico. Así se pretendía fortalecer esa interrelación disciplinar, aunque con la incorporación de otra disciplina: la Bioestadística.

Se abrió el espacio para que varios eminentes clínicos aportaran nuevos elementos para el desarrollo de la epidemiologia clínica como *Alvan Feinstein,* con una importante obra inicial dedicada a la experimentación clínica, aspecto

hoy devenido en paradigma de la investigación científica por la denominada medicina basada en la evidencia. Ineludible la mención a *David L. Sackett,* uno de los más importantes continuadores de esta ideología científica, en cuya obra inicial puntualiza que:

"La aplicación de los principios epidemiológicos y unos cuantos más de la bioestadística a las creencias, juicios e intuiciones que comprenden el arte de la medicina, podían mejorar sustancialmente la exactitud y la eficacia del diagnóstico, del pronóstico, del tratamiento, el mantenerse al día y, de importancia especial la capacidad de enseñar a los demás cómo hacer estas cosas."

Así surge la actual epidemiologia clínica, como expresión de una tendencia extrema del positivismo, con indiscutibles ventajas en el ámbito de la investigación clínico epidemiológico, aunque extremadamente reduccionista, con implicaciones científicas e ideológicas en el desarrollo de ambas disciplinas y en la Salud Pública. Entre sus elementos cuestionables se consideran:

- Encomiar la medición como expresión de seguridad y certeza científica.
- Promoverse como ideología científica el pensamiento neoliberal en función del desarrollo, la eficiencia y la eficacia en los servicios clínicos, con menoscabo de la salud pública y los presupuestos de la Medicina social.

Las bases científicas de las disciplinas que conforman la epidemiologia que conforman la Epidemiología Clínica, deben ajustarse a las corrientes epistemológicas vigentes, si se pretende avanzar en un verdadero enfoque integral de sus métodos, como expresa *Capra:*

"El origen de nuestro dilema reside en nuestra tendencia acrear abstracciones de objetos separados, incluyendo un sí mismo independiente, para creer después que pertenecen a una realidad objetiva, dotada de existencia autárquica (autosuficiente)."

Estas valoraciones, propiciaría no situarse en posiciones extremas, no esperar de la Epidemiología Clínica y de la Medicina Basada en la Evidencia, resul-

tados más allá de sus potencialidades; ajustarlas al momento y lugar necesarios y sobre todo, asumir con cautela que el experimento científico, es el "estándar de oro" de la investigación científica.

Métodos epidemiológicos y clínicos. La epidemiología cuenta con un método específico para lograr sus propósitos, constituido por el denominado método epidemiológico, el que corresponde a una secuencia circular de etapas. Con fines didácticos podemos interrumpir este círculo para señalar cada una de ellas:

- Nivel descriptivo. En un primer momento la epidemiología observa rigurosamente la realidad sin intentar modificarla.
- Nivel analítico. En una segunda etapa, se elaboran hipótesis exploratorias sobre la base de los paradigmas imperantes.

En un siguiente paso la epidemiología intenta verificar la validez de su(s) hipótesis(s) sometiéndola a la verificación de acuerdo con la estrategia escogida para el caso particular (Utilizando diferentes diseños de investigación); luego prosigue la etapa de conclusión, de acuerdo a los resultados obtenidos, aceptándose o rechazándose la(s) hipótesis original; con la evidencia la epidemiología elabora nuevas hipótesis que seguirán el mismo análisis descrito, alimentando el conocimiento y abriendo un nuevo ciclo de investigación.

La secuencia descrita es indistinguible de aquella utilizada por el método científico y en este sentido es posible afirmar que el método epidemiológico es una aplicación particular del método inicialmente mencionado. La particularidad del método epidemiológico está representada por el carácter propio de su estrategia y del cuerpo de conocimientos que produce.

5.4. Estrategia epidemiológica

La estrategia epidemiología constituye la operacionalización de este método, esto se logra reconstituyendo la realidad, mediante la formulación de modelos teóricos que ayudan a entender la ocurrencia natural de los fenómenos; estos diferentes modelos son conocidos como diseños de investigación epidemiológica los que se corresponden con las etapas descritas para el método epidemiológico.

Es así como la observación de los fenómenos naturales es rigurosa y sistemáticamente registrada, consolidada y resumida mediante técnicas incluidas en el gran capítulo de la epidemiología descriptiva. Para ello utiliza procedimientos propios y otros derivados de disciplinas relacionadas como la bioestadística, la clínica, las ciencias sociales y la informática.

La observación de los fenómenos y la consecuente formulación de hipótesis descansan en el juicio crítico y creativo del investigador y se apoyan en los llamados estudios de prevalencia y de incidencia. La verificación de la(s) hipótesis ocupan la atención de la epidemiología analítica la que cuenta con los diseños de casos y controles, de cohorte y experimentales. Cada uno de ellos genera evidencia objetivable por indicadores de naturaleza matemática validados por procedimientos estadísticos de complejidad variable.

El conjunto inédito de estos modelos o diseños y la producción de conocimientos que ha originado su aplicación, han dado identidad y estatura científica a la epidemiología.(Almeida-Filho, 2010)

Indicadores epidemiológicos. Los indicadores son variables que intentan medir u objetivar en forma cuantitativa o cualitativa, sucesos colectivos (especialmente sucesos biodemográficos) para así, poder respaldar acciones políticas, evaluar logros y metas. La OMS los ha definido como “variables que sirven para medir los cambios”.

Ellos son necesarios para poder objetivar una situación determinada y a la vez poder evaluar su comportamiento en el tiempo mediante su comparación con otras situaciones que utilizan la misma forma de apreciar la realidad. En consecuencia, sin ellos tendríamos dificultades para efectuar comparaciones.

Los indicadores de salud son instrumentos de evaluación que pueden determinar directa o indirectamente modificaciones dando así una idea del estado de situación de una condición. Si se está evaluando un programa para mejorar las condiciones de salud de la población infantil, se puede determinar los cambios observados utilizando varios indicadores que revelen indirectamente esta modificación. Indicadores posibles de utilizar pueden ser el estado de nutrición (por

ejemplo, peso en relación con la estatura), la tasa de inmunización, las tasas de mortalidad por edades, las tasas de morbilidad por enfermedades y la tasa de discapacidad por enfermedad crónica en una población infantil.

Algunos indicadores pueden ser sensibles a más de una situación o fenómeno. Por ejemplo, la tasa de mortalidad infantil es indicador del estado de salud de la población sensible también para evaluar el bienestar global de una población.(Quintero, 2013)

5.5. Indicadores de riesgo, magnitud y tendencia (MSP)

- Número de casos de enfermedades por semanas epidemiológicas.
- Número de defunciones por enfermedades de notificación.
- Diez principales causas de morbilidad en Distritos (Cantones y Parroquias) según los eventos de notificación obligatoria en el Sive - Alerta.
- Tasa de incidencia por enfermedad específica, por grupo de edad, sexo y lugar de ocurrencia.
- Tasa de letalidad por enfermedad especifica.
- Curva endémica.
- Tasa de incidencia especifica.
- Operativizacion de indicadores de riesgo, magnitud y tendencia. (MSP, 2013)

INDICADORES	DESCRPCION	FUENTE	USO	NIVEL	PERIODICIDAD
Número de casos de enfermedades por semanas epidemiológicas.	Número de casos de enfermedades por semanas	EPI1Individual EPI1Grupal Informe-debrotes y epidemias	Tendencia secular de la enfermedad	Unidades operativas, nivel distrital, nivel provincial, nivel zonal y nivel nacional.	Semanal
Número de defunciones por enfermedades de notificación.	Número de muertes	EPI 1 individual, informe de brotes y epidemias.	Investigación de muertes, importancia del problema, prioridades de intervención.	Unidades operativas, nivel distrital, nivel provincial, nivel zonal y nivel nacional.	Mensual
Diez principales causas de enfermedad.	No. De casos según causa de morbilidad.	Reportes del Sive – Alerta.	Definición de prioridades a partir de magnitud, gravedad, perfil epidemiológico e intervención.	Unidades operativas y Distritos de Salud.	Anual

Tasa de letalidad por enfermedad especifica.	No. De fallecidos por causa especifica / número de enfermos de la patología X 100	Reportes de Sive -Alerta	Identificación de la Gravedad del evento.	Unidades operativas, nivel distrital, nivel provincial, nivel zonal y nivel nacional	Anual
Curva endémica	Tendencias de casos graficados n un periodo de tiempo en el corredor endémico. .	Reportes de Sive – Alerta	Monitoreo e identificación de epidemias.	Unidades operativas, segundo y tercer nivel. Nivel distrital, nivel provincial, nivel zonal y nivel nacional.	Semanal. Mensual Anual.
Tasa de incidencia especifica.	No. de casos nuevos de Enfermedad especifica / Población de áreas de estudio X 1000	Reportes de Sive – Alerta. Censo poblacional	Identificación de magnitud y análisis de tendencia	Nivel distrital, nivel provincial, nivel zonal y nivel nacional	Anual
	Número de casos nuevos por grupos de edad / población de área por grupo de edad X 1000	Reportes de Sive – Alerta. Censo poblacional	Identificación de riesgos por grupos de edad. Cambio de comportamiento epidemiológico de las enfermedades	Nivel distrital, nivel provincial, nivel zonal y nivel nacional Nivel distrital, nivel provincial, nivel zonal y nivel nacional	Anual Anual.
	Número de casos nuevos de la enfermedad por ligar de ocurrencia./ población de área por localidad X 1000	Reportes de Sive – Alerta. Censo poblacional	Identificación de riesgo por lugar. Cambio de comportamiento epidemiológico de las enfermedades	Nivel distrital, nivel provincial, nivel zonal y nivel nacional	Anual.
	Número de casos nuevos de la enfermedad por sexo / población de **área por sexo X 1000**	Reportes de Sive – Alerta. Censo poblacional	Identificación de riesgo por género. Cambio de comportamiento epidemiológico de las enfermedades		

(MSP, SIVE ALERTA, 2014)

Clasificación operacional de los indicadores: Los indicadores de salud pueden ser divididos en dos amplias categorías: indicadores epidemiológicos e indicadores operacionales.

Los indicadores *epidemiológicos* se utilizan para estimar la magnitud y tras-

cendencia de una situación determinada. Siempre deben estar referidos a:

- La población a partir de la cual se calculan.
- El periodo de tiempo que representan.
- El lugar geográfico del cual proviene la información. (Variables de persona, de tiempo y de lugar)

Se puede medir el impacto o los efectos de los programas de salud comparando un mismo indicador epidemiológico antes y después de la ejecución de las actividades de un programa determinado. Los indicadores epidemiológicos tienen gran utilidad en la etapa de formulación diagnóstica y en la de evaluación del programa, la evaluación es en cierto modo un diagnóstico de situación actualizado.

Los indicadores operacionales miden el trabajo realizado, sea en función de la cantidad o de la calidad, también miden la cantidad de actividades y procedimientos realizados en relación con metas o estándares establecidos previamente.

Como las metas son objetivos cuantitativos, los indicadores dan la medida en que se han logrado cumplir; el valor de los indicadores dependen del criterio con el cual se establecen las metas, lo ideal es que la meta programada corresponda al número de acciones que se supone necesario realizar para tener algún impacto sobre el problema.

Cuando las metas se establecen solamente en función de los recursos financieros disponibles o de la capacidad administrativa para desarrollar acciones de salud en general, la consecuencia es la obtención de resultados operacionales aparentemente buenos, pero que pueden tener escaso impacto sobre el problema de salud pública.Los indicadores operacionales que miden calidad de trabajo pueden ser de tres tipos: de productividad, de costo promedio y de calidad técnica.

1. *Los de productividad* relacionan el trabajo con el tiempo de talento humano (hora-médico) o material disponible (día-cama), y expresan el

promedio de producción por unidad de tiempo-talento humano. Ejemplo: Promedio de actividades de enfermería realizados por profesional por hora; Egresos por mes-cama.

2. *Los de costo promedio*, relacionan el trabajo realizado con sus costos, expresando el costo requerido en la producción de una unidad de trabajo. Ejemplo: Valor promedio por cada actividad realizada por el profesional de enfermería, para esto se requiere del detalle de costos en cada etapa de un proceso productivo.
3. *Los de calidad técnica,* relacionan el trabajo realizado con los índices de eficiencia aceptables o convenidos para dicho trabajo; en general, expresan la proporción de trabajo realizado dentro de un determinado patrón o estándar. Ejemplo: Proporción de pérdida de actividades en el procesamiento de ellos; Número de curaciones por enfermera en relación al total de usuarios ingresados en el área de cirugía. El análisis de estos indicadores es un componente necesario de todas las evaluaciones y un factor fundamental para el ajuste de las acciones de salud y para la toma de decisiones.

5.6. Conceptos de medicion, variables y escalas

Principales escalas de medición.- Las escalas se clasifican en cualitativas (nominal y ordinal) y cuantitativas (de intervalo y de razón). Un requisito indispensable en todas las escalas es que las categorías deben ser exhaustivas y mutuamente excluyentes. En otras palabras, debe existir una categoría para cada caso que se presente y cada caso debe poder colocarse en una sola categoría.

Escala nominal.- La medición de carácter nominal consiste simplemente en clasificar las observaciones en categorías diferentes con base en la presencia o ausencia de cierta cualidad. De acuerdo con el número de categorías resultantes, las variables se clasifican en dicotómicas (dos categorías) o politómicas (más de dos categorías). En las escalas nominales no es posible establecer un orden de grado como mejor o peor, superior o inferior, o más o menos. La asignación de códigos numéricos a las categorías se hace con el único fin de diferenciar unas de otras y no tienen interpretación en lo que se refiere al orden o magnitud del atributo. Como ejemplos de este tipo de medición en la investigación epidemi-

ológica se pueden mencionar el sexo (masculino “0”, femenino “1”, alternativo “2”), el estado civil (soltero, casado, viudo, divorciado, U/L), la exposición o no a un factor X, y el lugar de nacimiento, entre otras.

Escala ordinal.- En contraste con las escalas nominales, en este tipo de medición las observaciones se clasifican y ordenan por categorías según el grado en que los objetos o eventos poseen una determinada característica. Por ejemplo, se puede clasificar a las personas con respecto al grado de una enfermedad en leve, moderado o grave. Si se llega a utilizar números en este tipo de escalas su única significación consiste en indicar la posición de las distintas categorías de la serie y no la magnitud de la diferencia entre las categorías. Para la variable antes mencionada, por ejemplo, sabemos que existe una diferencia de grado entre leve, moderado y grave, pero no es posible establecer con exactitud la magnitud de la diferencia en las enfermedades de una u otras personas.

Escala de intervalo.- Esta es una escala de tipo cuantitativo en la que, además de ordenar las observaciones por categorías del atributo, se puede medir la magnitud de la distancia relativa entre las categorías. Esta escala, sin embargo, no proporciona información sobre la magnitud absoluta del atributo medido. Por ejemplo, se puede obtener una escala de intervalo para la altura de las personas de un grupo si, en lugar de medirlas directamente, se mide la altura de cada persona con respecto a la altura promedio. En este caso, el valor cero es arbitrario y los valores asignados a la altura no expresan su magnitud absoluta. Esta es la característica distintiva de las escalas de intervalo en comparación con las de razón.

Escalas de razón.- Esta escala tiene la cualidad de que el cero sí indica la ausencia del atributo y, por lo tanto, la razón entre dos números de la escala es igual a la relación real existente entre las características de los objetos medidos. En otras palabras, cuando decimos que un niño pesa 8 kg estamos también diciendo que pesa el doble que otro cuyo peso es de 4 kg, y que un avión que viaja a 600 km por hora tardará en llegar a su destino la mitad del tiempo que tardaría si viajara a 300 km por hora. Muchas características biofísicas y químicas que pueden ser medidas en las unidades convencionalmente aceptadas (metros, gramos, micras, mol/kg, mg/dl, entre otras.) son ejemplos de mediciones

que corresponden a este tipo de escala. En materia de investigación social y de salud, el ingreso económico y la concentración de plomo en sangre son buenos ejemplos de este tipo de escalas.(Scielo, 2014)

5.7. Cálculos de proporciones, razones y tasas

Proporción.- Las proporciones son medidas que expresan la frecuencia con la que ocurre un evento en relación con la población total en la cual éste puede ocurrir. Esta medida se calcula dividiendo el número de eventos ocurridos entre la población en la que ocurrieron. Como cada elemento de la población puede contribuir únicamente con un evento es lógico que al ser el numerador (el volumen de eventos) una parte del denominador (población en la que se presentaron los eventos) aquel nunca pueda ser más grande que éste. Esta es la razón por la que el resultado nunca pueda ser mayor que la unidad y oscile siempre entre cero y uno.Por ejemplo, si en un año se presentan tres muertes en una población compuesta por 100 personas, la proporción anual de muertes en esa población será:

$$P = \frac{3 \text{ muertes}}{100 \text{ personas}} = 0.03\ \%$$

RAZÓN	FORMULA	MEDICION
RAZON	**FORMULA**	**MEDICION**
Camas hospitalarias X 1000 habitantes	No. De camas de hospital / población de lugar X 1000	Disponibilidad de recursos.
Horas médicas X 1000 habitantes.	Total de horas enfermería contratadas en un lugar determinado / Población del lugar X 1000	Disponibilidad de profesionales.
Porcentaje de ocupación de las camas de un hospital.	Total de días de hospitalización de usuarios egresados en un periodo / total días cama disponibles en el periodo X 100	Grado de utilización del recurso.
Promedio de días de estadía hospitalaria.	No. de días que estuvieron hospitalizados los usuarios egresados / Total de usuarios egresados X 100	Grado de utilización del recurso.

(MSP, SIVE ALERTA, 2014)

A menudo las proporciones se expresan en forma de porcentaje, y en tal caso los resultados oscilan entre cero y 100. En el ejemplo anterior, la proporción anual de muertes en la población sería de 3 por 100, o de 3%., el denominador no incluye el tiempo. Las proporciones expresan únicamente la relación que existe entre el número de veces en las que se presenta un evento y el número total de ocasiones en las que se pudo presentar.

Razón.- Una razón es la comparación por cociente entre dos cifras de diferente o similar naturaleza. Por ejemplo si hay un hospital con 380 camas y tiene 95 enfermeras, la razón sería: *Razón de camas por enfermera 4*.

A continuación el proceso.

380 / 95 = 4 camas por enfermera.

La manera correcta de expresar el resultado del cálculo de una razón es señalar el número de elementos del numerador que existen por cada elemento del denominador.

Tasa.- El concepto de tasa es similar al de una proporción, con la diferencia de que las tasas llevan incorporado el concepto de tiempo. Toman todos los casos de un evento (enfermedad o muerte) por una causa, pertenecientes a una población total, en un lugar y período determinado, las tasas incorporan el concepto de tiempo y lugar, es decir que numerador y denominador deben estar referidos, al mismo tiempo y lugar. Las tasas representan la fuerza con que se produce un hecho determinado en una población, y esto es igual a riesgo. Se pueden hacer pronósticos en base a tasas calculadas en período inmediatamente anteriores. Estas pueden ser generales, específicas y particulares (Scielo, 2014).

Fórmulas de algunas tasas de uso frecuente:

TASA	FORMULA	FACTOR MULTIPLICACION	MEDICION
Mortalidad general	Total de defunciones registradas en lugar y periodo / total de población estimada a la mitad del periodo.	X 1000	Riesgo de morir en una población.
Mortalidad por causa determinada.	Defunciones por causa determinada / total de población estimada a mitad del periodo.	X 100.000	Riesgo a morir por alguna causa determinada en esa población.
Mortalidad especifica por sexo.	Defunciones de hombres registradas en un periodo / total de población de hombres estimada a mitad de periodo.	X 1000	Riesgo de morir de los hombres de una población determinada.
Mortalidad especifica por grupos de edad.	Defunciones de 20 a 50 años registradas en un periodo / total de población de 20 a 59 años estimada a mitad de periodo.	X 1000	Riesgo de morir de las personas entre 20 a 59 años en la población determinada.
Prevalencia	Enfermos por una causa en un momento dado en una población especifica / total de población expuestas a enfermar por esa causa en un momento determinado	X 10.000 ó X 100.000	Riesgo de enfermar por una causa determinada en una población en un momento dado.
Incidencia	Enfermos nuevos de la causa especifica registrados en periodo de tiempo / población expuesta a riesgo de enfermar por esa causa en un periodo determinado.	X 10.000 Ó X 100.000	Riesgo de contraer la enfermedad en un periodo de tiempo, en un lugar específico.
Letalidad.	Defunciones por una causa especifica registradas en un lugar en un periodo de tiempo dado / enfermos de esa causa especifica en lugar y tiempo dado.	X 100 Ó X 1000	Riesgo de morir por causa específica, en lugar específico.

(MSP, 2013)

Investigación epidemiológica. La investigación epidemiológica se basa en la metodología de investigación de brotes y epidemias que cumple con los siguientes pasos.

1. **Confirmar la ocurrencia del brote o epidemia**: una vez cumplida esta actividad se procede a notificar de forma inmediata y mantener la notificación diaria mientras continúe el brote o epidemia; la notificación ante la sospecha o confirmación de un brote es importante porque:

- El brote puede ser la primera manifestación de una situación de epidemia de amplias dimensiones que sobrepase el nivel local.
- El brote ante el cual nos encontramos pudiera ser la manifestación en nuestra comunidad de un brote que esta efectivamente ocurriendo en otro lugar.
- Es posible que las medidas de control ya estén disponibles y hayan sido tomadas y comprobadas su efectividad.
- Además permite evaluar la capacidad de respuestas, la necesidad de asesoramiento y el apoyo técnico y administrativo para la investigación e intervención.

2. **Organizar el trabajo de campo**: (equipo de pronta respuesta para el apoyo en la investigación) las unidades operativas dentro de su organización, deberán contar con un plan local de emergencia en el que se identifique a las personas que integrarán el equipo de campo (sujeto a la disponibilidad del Talento humano) las necesidades del equipo de protección, los insumos que se requerirán para la toma de muestras de laboratorio.

En los Distritos y las Provincias se activara el EPR (Equipo de pronta Repuesta) conformados básicamente por el personal de epidemiologia, gestión de riesgos, control sanitario, laboratorio y, en algunos se ha incluido el personal de nutrición y salud mental, este equipo es el responsable de la investigación, evaluación y respuesta inmediata ante eventos e importancia en salud pública.

3. **Establecer una definición operacional de caso**: Una definición de caso es una estandarización de criterios empleada para decidir si se clasifica

como caso a cada individuo que se sospecha tiene la enfermedad, es necesario definir la definición de caso para la investigación y captación de estos, la definición no siempre es exactamente a la establecida, sino que puede variar dependiendo de la evolución del brote.

Para establecer la definición de caso se deberá tomar en cuenta criterios de inclusión, exclusión o restricción en relación a las manifestaciones clínicas, hallazgos de laboratorio y aspectos epidemiológicos; esta definición debe ser clara y sencilla para que permita detectar todos los posibles casos.

4. **Realizar búsqueda activa de casos**: Se realiza en las primeras 48 horas de conocido el evento, una vez que se ha confirmado la ocurrencia del brote, se ha establecido la definición operacional de caso sospechoso se inicia la búsqueda de casos de campo, los métodos y los instrumentos de búsqueda dependen del evento y del escenario, por lo que se podrá utilizar; la ficha de búsqueda activa comunitaria, institucional, matriz de sistematización por enfermedades trasmitidas por agua y alimentos (ETAS), fichas de investigación clínica epidemiológica y otras dependiendo de la necesidad.

5. **Caracterizar el brote en tiempo, espacio y persona**:

- **Tiempo**: para la caracterización en tiempo se utiliza la curva epidémica, mediante la cual se establecerá la duración del brote, definir su naturaleza y el periodo probable de exposición para lo cual se puede manejar en horas, días y semanas. La duración del brote está determinada por la capacidad de infectiva del agente, el modo de transmisión, la intensidad de la exposición, el periodo de incubación y la efectividad de las medidas de control inmediatas. La naturaleza del brote puede ser de fuente común, es decir varias personas expuestas simultáneamente a una fuente de infección o a una fuente propagada que puede guiar a la sospecha de transmisión de persona a persona.
- **Lugar**: se establece la distribución geográfica de los casos, esta caracterización dependerá del brote, es decir que en algunos casos se hará referencia a cercanías de ríos, aguas, fuentes de pozos, relleno sanitario y otros, este punto permite detectar inicialmente la exposición, etiología

y propagación.

- **Persona**: caracterizar a la persona esto incluye la caracterización de la edad y sexo; condición (vivo o muerto), evolución (hospitalizado, ingreso a UCI, ambulatorio), factores de riesgo y otros.

6. **Generar hipótesis y adoptar medidas de control inmediato**: para este paso se debe realizar un análisis de la información clínica y epidemiológica (tiempo, lugar y persona) recolectada hasta ese momento, en conjunto la información debe permitir establecer; la fuente probable del agente causal, modo de trasmisión y la exposición asociada a mayor riesgo de enfermar. A partir de estas hipótesis se debe establecer inmediatamente las medidas provisionales de control dirigidas a la fuente, modo de trasmisión y grupos de riesgo.

Ejemplo 1: si la hipótesis indica que la fuente común es un alimento o pozo de agua contaminada, las medidas de control se enfocaran en la eliminación, supresión o descontaminación de la fuente.

Ejemplo 2: Si la hipótesis sugiere la trasmisión de persona a persona como en el sarampión, las medidas de control deben estar dirigidas a la fuente, es decir a los enfermos.

7. **Evaluar las hipótesis aplicando métodos de análisis exploratorio**: el análisis epidemiológico más apropiado para la evaluación es el estudio de casos y controles, en ambos casos se estudia la historia de exposición y se hace la comparación de la prevalencia de la exposición en los mencionados.

8. **Poner en marcha las medidas de control específico**: con toda la evidencia recogida, la actualización de los datos y evaluación preliminar de las medidas implementadas, se definirán las medidas de control especificas dependiendo del brote, generalmente se aplican las siguientes:

a. Al caso aislado la provisión del tratamiento, cuidados para minimización de secuelas y la rehabilitación como en el caso de un brote de una enfermedad que pudiera dejar secuelas como la poliomielitis.

b. Si la trasmisión es de persona a persona se deberá proteger a los contactos estableciendo medidas de bioseguridad estrictas (uso de mascarillas, guantes y otros) profilaxis medicamentosa, vacunación de bloqueo etc.
c. Si el brote es de fuente común la eliminación, remoción y descontaminación suele ser lo más apropiado.

9. **Evaluar las medidas de control**: luego que se han realizado todas las medidas de control se debe realizar el monitoreo de la situación analizando el aparecimiento de casos nuevos en nuevos lugares y casos más graves.
10. **Elaborar el informe técnico de investigación de campo**: este documento es el resultado de la actualización de los informes diarios durante el brote y sintetiza las actividades de investigación, contención, control y conclusión del brote o epidemia; el informe es considerado un documento científico, de interés en todos los niveles.

5.8. Directrices para el trabajo investigativo de campo

1. **Aplicación de ficha de investigación:** una vez identificado el/los eventos se inicia la investigación dentro de las primeras 24 horas, aplicando la ficha de investigación clínico– epidemiológica en los eventos que corresponda *(veranexo1 en el manual de Sive alerta)* la misma que se llena en forma progresiva de conformidad con el avance del proceso de investigación.

2. **Toma, envío y procesamiento de muestras al laboratorio:** en la investigación de los brotes y epidemias debe incluirse la obtención de muestras de laboratorio necesarias para su confirmación de acuerdo a las normas establecidas para ello y se enviarán al laboratorio de referencia correspondiente de acuerdo a la nueva estructura del INSPI (Instituto Nacional Patológico); los resultados de laboratorio se reportarán al Distrito en un máximo de tiempo de acuerdo a la patología y al tipo de examen solicitado, se estima dos días, entre la fecha de toma de muestra y la fecha de recepción de la muestra en el laboratorio de referencia dependiendo del evento que se investiga; se estima tres días, entre la fecha

de recepción de la muestra en el laboratorio y la fecha de entrega de resultado. Este valor puede variar dependiendo del tipo de procedimiento que se utilice para el análisis de la muestra.

Si la patología causante del brote corresponde a una delas enfermedades de notificación inmediata, se seguirá el flujo descrito en el EPI1Individual (sección 5.4.1 del Manual Sive - Alerta), sino corresponde a estos eventos, se realizará el pedido de análisis al laboratorio utilizando la *Solicitud de exámenes de laboratorio de la historia clínica* ún*ica*, y se enviará este pedido junto con la muestra al laboratorio de referencia correspondiente. Se sigue este mismo procedimiento para el pedido de análisis por laboratorio de otras muestras como: alimentos, agua, animales, etc.

Dependiendo de la evolución del afectado y en casos de fallecimiento que se desconoce la causa o está asociado a un brote, enfermedad infecto-contagiosa o evento inusitado; es responsabilidad del epidemiólogo distrital asesorar al equipo de la unidad operativa en la toma, conservación y envío de muestras; por ejemplo: tomar inmediatamente muestras de órganos, fluidos, etc.

3. **Procesamiento y análisis de datos:** Con la información proveniente del Subsistema de Vigilancia Epidemiológica SIVE-Alerta, a través de la información recolectada en sus diferentes instrumentos, el epidemiólogo distrital realiza el procesamiento, análisis e interpretación de los datos tomando en cuenta: la vigilancia de rutina y la que se realiza ante la ocurrencia de brotes y epidemias a través de las variables de caracterización del evento investigado como son: tiempo, lugar y persona con el propósito de:

5.9. En brotes y epidemias:

a. Establecer las tendencias de la enfermedad a fin de detectar incrementos, descensos y/o la estabilización que pueda ocurrir en su comportamiento.

- En periodos inmediatamente anteriores en la misma comunidad.
- En periodos iguales (mismo mes) de años anteriores en la misma área.

- En periodos iguales en distintos lugares.
- Según el lugar de ocurrencia.

b. Identifica los factores de riesgo con el posible incremento o descenso de casos o defunciones.

c. Identificar las áreas y grupos de alto riesgo en los que se pueden aplicar las medidas de control, mediante mapa de riesgo que permita observar la distribución geográfica del evento para uso no solo del equipo de salud sino de la comunidad.

Para sistematizar y analizar la información en la investigación de brotes/ epidemias de eventos relacionados con enfermedades transmitidas por agua y alimentos (las que no utilizan EPI individual y ficha de investigación) se utilizara como herramienta para la sistematización de la información la matriz que consta en el *anexo8. SIVE- ALERTA (ver pág. 203)*

5.10. En el procesamiento de información regular del sistema de vigilancia:

Para la sistematización de todo tipo de información se utilizan los siguientes cuadros y gráficos:

- Número de casos y distribución porcentual de eventos sujetos a vigilancia notificados por distritos (según cantones y parroquias).
- Tendencia semanal, mensual y gráfico de la curva epidémica de las enfermedades y eventos sujetos a vigilancia (un gráfico para cada grupo de enfermedades).
- Distribución por grupos de edad y sexo.
- Distribución geográfica de problemas prioritarios.
- Cada mes se analiza en los distritos, la proporción de muertes por enfermedades de notificación inmediata.
- Actualización de la sala situacional a nivel zonal, provincial y por distritos (según parroquias y cantones).
- Al final de cada año se consolida la información aplicando todas las variables de interés epidemiológico.

4. **Elaboración de informes:** El informe final de cualquiera de los eventos vigilados en el SIVE–Alerta, debe contener información básica para car-

acterizar el comportamiento epidemiológico de la enfermedad (distribución del evento por tiempo, lugar y persona), las causas del problema, las intervenciones realizadas, las dificultades y los resultados obtenidos, así como también las recomendaciones adicionales que se deberían hacer. Los informes deben ser instrumentos de retroalimentación entre los niveles desconcentrados y deben en lo posible no solo recoger lo que hacen los equipos de salud, sino también lo que sucede en la comunidad.

A continuación se presenta una guía que se debe tener presente al elaborar los informes epidemiológicos diarios o preliminares y finales:

4.1 Informe preliminar/ diario: Es el reporte que se realiza inmediatamente luego de confirmada la ocurrencia del evento y debe contener al menos la siguiente información:

a. ubicación geográfica: Describir la localidad y dirección exacta donde ocurrió el brote, además especificar si el brote sucedió en alguna institución, evento social, evento religioso u otros.
b. Caracterización de los afectados en tiempo, lugar y persona.
c. Condición de los afectados: total de casos, número de fallecidos, hospitalizados, ingresos a UCI.
d. Sospecha (hipótesis iniciales): posible agente causal, fuente de infección y modo de transmisión.
e. Laboratorio: Tipo y número de muestras tomadas y enviadas al laboratorio (especificando el nombre del laboratorio de referencia).
f. Medidas de control establecidas hasta ese momento en función de la sospecha.

4.2 Informe final: Se realiza cuando se ha controlado el evento y es el resultado de las actualizaciones diarias que se realizaron desde el inicio, este informe, debe contener como mínimo la siguiente información:

- **Antecedentes:** Breve descripción geográfica dela zona.
- **Perfil epidemiológico de la zona**: Orientándose al tipo de evento que se está investigando.
- **Organización del trabajo de investigación.**
- **Definición operacional de caso establecida.**

- **Resultados de la búsqueda activa de casos** (institucional y comunitaria).
- **Ampliación de la caracterización del evento del brote en tiempo, espacio y persona a través de:** Presentación de la información en tablas, gráficos y mapas**.**
- **Resultados de hipótesis**

a. ¿Por qué ocurrió el problema?
b. ¿Cuál fue el agente causal, la fuente de infección y el modo de transmisión del brote o epidemia o cuál fue la causa del desastre?
c. ¿Qué factores o procesos socio-económicos, demográficos, ecológicos, culturales (estilos de vida), de cobertura o acceso a servicios, etc. están asociados al problema?
d. ¿Qué factores de riesgo y exposición existen o existieron?

Medidas aplicadas o por aplicar:

4.3 ¿Qué clase de medidas se tomaron para solucionar el problema?
4.4 ¿Qué resultados se obtuvieron? ¿Qué dificultades encontró al tratar de solucionar el problema?
4.5 ¿Qué más se podría hacer? ¿Qué clase de asistencia o ayuda se necesita?
5. Conclusiones y recomendaciones.

5.11. Indicadores de cumplimiento de actividades

Indicadores de procesamiento y resultados

- Cobertura de notificación semanal.
- Porcentaje de cumplimiento y puntualidad de la notificación semanal y negativa.
- Porcentajes de muestra de laboratorios receptados en un plazo adecuado.
- Porcentajes de casos con muestras adecuadas para laboratorio.
- Porcentaje de muestras con resultados dentro de 5 días de tomada la muestra.
- Mediana de oportunidad en la recepción de la muestra.
- Mediana de oportunidad de entrega de resultados.

- Porcentaje de casos confirmados por laboratorio y/o criterio epidemiológico, sospechosos o probables pendientes de confirmación.
- Número y porcentaje de casos, brotes y epidemias notificados, confirmados, investigados e intervenidos.
- Porcentaje de muestras de alimentos, agua u otras fuentes, en caso de brotes para examen de laboratorio con muestras y enviados en un plazo adecuado.
- Porcentaje de casos cerrados, pendientes de confirmación y no concluyentes.
- Número y porcentaje de brotes y epidemias investigados e intervenidos.

5.12. Síndromes y enfermedades de alta capacidad de trasmisión

Síndromes compatibles con enfermedades trasmisibles de alto potencial epidémico

La OMS, con el fin de controlar la propagación de enfermedades infecciosas emergentes / reemergentes y mejorar el sistema de notificación, propuso modificar el sistema de vigilancia internacional de enfermedades de reporte obligatorio, introduciendo el concepto "vigilancia sindromica", la cual se define como la vigilancia de un grupo de enfermedades que tiene similitud de signos y síntomas, fisiopatología común y etiología diversa orientadas a detectar rápidamente la presencia de brotes con potencial daño a la salud pública. La vigilancia sindromica tiene algunas ventajas, con relación a la vigilancia tradicional de casos tales como:

- Fácil notificación previa al diagnóstico y asistencia urgente.
- Utiliza definiciones de casos simples y estables, por lo tanto se puede incorporar en la vigilancia epidemiológica a personal no profesional como auxiliares de enfermería, inspectores sanitarios o agentes comunitarios (Voluntarios y promotores).
- Se refieren a hechos clínicos.
- Captan gran cantidad de casos y permite detectar enfermedades desconocidas.

La importancia del enfoque sindromico, radica en que a través de sus definiciones se pueden identificar la mayoría de las enfermedades de notificación urgente nacional e internacional, para lo cual se debe considera las que tenga una o varias de las características:

- Potencial elevado de propagación fuera de la comunidad y transmisión rápida.
- Altas tasas de letalidad.
- Inexistencia de tratamiento eficaz.
- Síndrome recientemente reconocido en el País.
- Evento inesperado.

A continuación se presentan los síndromes bajo vigilancia y las enfermedades relacionadas más importantes:

SINDROME	ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DE NOTIFICACION OBLIGATORIA QUE SE IDENTIFICAN A TRAVES DE LA VIGILANCIA SINDROMICA.
Diarreico agudo con deshidratación grave u otras complicaciones.	Cólera. Shigelosis. Intoxicaciones alimentarias.
Febril eruptivo no vesicular (exantemico) EFENV.	Sarampión. Rubeola. Dengue.
Febril ictérico agudo.	Dengue con signos de alarma. Dengue grave.
Febril hemorrágico agudo.	Fiebre amarilla. Paludismo grave o complicado. Leptospirosis. Hepatitis A-B-C-D.
Febril ictérico hemorrágico agudo.	Antavirosis. Ebola.
Meníngeo encefálico.	Encefalitis equina venezolana. Meningitis meningococica. Rabia. Encefalitis del Nilo Occidental.
Parálisis flácida aguda.	Poliomielitis.
Infecciones respiratorias agudas, bajas, graves inusitadas	SARS. Influenza debida a la influenza de origen aviar y de otro origen animal.

(MSP, SIVE ALERTA, 2014)

Enfermedades específicas transmisibles de alto potencial epidémico y no transmisible. En este grupo se incluyen enfermedades de notificación individual y grupal.

1. **Enfermedades inmunoprevenibles.**

Difteria.
Hepatitis B.
Meningitis meningococica.
Parotiditis infecciosa.
Parotiditis aguda.
Rubeola.
Sarampión.
Síndrome de rubeola congénita.
Tétanos.
Tétanos neonatal.
Tosferina.
Varicela.

2. **Enfermedades zoonoticas.**

Brucelosis.
Leptospirosis.
Meningitis Eosinofilica.
Peste.
Rabia.

3. **Enfermedades transmitidas por vectores.**

Chagas.
Dengue.
Fiebre amarilla.
Leishmaniosis.
Paludismo.
Oncocercosis.

4. **Enfermedades transmitidas por agua y alimentos.**

Cólera.

Fiebre tifoidea y paratifoidea.
Hepatitis A.
Infecciones debidas a salmonella (entérica).
Otras intoxicaciones alimentarias bacterianas incluidas las producidas por Escherichia Coli.
Shigelosis.

5. **Otros eventos no esperados de importancia de salud pública nacional e internacional**.

Evento inusitado.
Ántrax.
Ebola.
Encefalitis del Nilo Occidental.
Encefalitis equina venezolana.
Fiebre de Lassa.
Hantavirus.
Influenza debida a la influenza de origen aviar o de otro origen animal.
Síndrome respiratorio agudo severo – SARS.
Viruela.

6. **Efectos tóxicos.**

Efecto toxico por alcohol metílico.
Intoxicación por plaguicidas.
Mordedura de serpientes.

7. **Enfermedades respiratorias.**

Neumonías y otras enfermedades respiratorias agudas.
Tuberculosis.

5.13. Vigilancia de brotes y epidemias

Epidemia. Es un brote de salud pública, relacionado con el aumento no esperado de la incidencia de un evento de salud, para un área geográfica y periodo determinado. Es sujeto de notificación,, investigación e intervención inmediata. Un solo caso de una enfermedad que no ha aparecido durante muchos años

también se considerara una epidemia.

Se considera **brote** al aumento inusual de números de casos relacionados epidemiológicamente, de aparición súbita y de diseminación localizada en un espacio específico. El brote es un indicador de transmisión activa de la enfermedad y deben tratarse como emergencia sanitaria. Todo brote o epidemia de cualquier enfermedad transmisible, incluyendo las que no constan en la lista anteriormente descrita, son también sujetas a notificación obligatoria, las condiciones para realizar una investigación de brote son:

5.4 Cuando la enfermedad es prioritaria: Estas son definidas por cada País en función de criterios epidemiológicos nacional e internacionalmente establecidos y en función del alcance de las medidas de control.

5.5 Cuando la enfermedad excede de su ocurrencia usual en una población específica, en un determinado periodo de tiempo y área geográfica de ocurrencia habitual.

5.6 La enfermedad parece tener una fuente común, esto permite corregir de forma temprana el brote y evitar mayor afectación.

5.7 La enfermedad parece tener una severidad mayor de lo usual, a partir del análisis de la letalidad y la tasa de hospitalización permite determinar si la enfermedad tiene una gravedad mayor de lo habitual.

5.8 La enfermedad es nueva, emergente o desconocida en el área.

5.9 La enfermedad es de interés público.

5.10 La enfermedad está relacionada con emergencias en situaciones de desastres, estos conllevan a la aparición de brotes de distintas enfermedades, debido a la movilización de grupos de población afectada en condiciones sanitarias deficientes, lo cual aumenta el riesgo de enfermar.

Otros eventos no esperados de importancia en salud pública Nacional e internacional. De acuerdo al reglamento sanitario internacional la vigilancia de estos eventos, tiene el objetivo principal de prevenir la propagación, proteger a la población, controlar la epidemia y brindar una respuesta en salud inmediata; el alcance de la vigilancia no se limita a una enfermedad específica, sino que abraca los siguientes aspectos:

5.14. Eventos

- Independientemente de su origen o fuente, se incluyen también aquellos que son causados por agentes biológicos y químicos; entre los primeros los que podrían ser de naturaleza infecciosa o no infecciosa.
- Donde el agente etiológico, enfermedad o modo de transmisión es nuevo o es estado desconocido a la fecha de la notificación.
- Sucesos que involucran la transmisión entre personas, vectores o productos alimentarios (carga, transporte, almacenamiento entre otros aspectos) incluyendo la contaminación ambiental.
- Impactos potenciales en salud pública que requieren acción inmediata para minimizar sus consecuencias.

5.15. Gestión de información

Fuentes de información y unidades notificantes. Es la utilización de todos los instrumentos, herramientas y recursos que se requieren para la recolección de datos formales e informales, entre los que se disponen en las unidades de salud pública o privada están las historias clínicas, registro de defunciones, información de los medios de comunicación, incluidas las denuncias realizadas por los pobladores la comunidad donde se han presentado os eventos.

Son las unidades de salud públicos, privados y comunitarios incluidos los establecimientos de punto de entrada (aeropuertos, puertos de entrada marítimos y pasos fronterizos, que entre sus actividades también está el de brindar atención de salud. Las unidades que notifican cualquier evento son las que el Distrito debe definir, de tal forma que la información quede registrada en el lugar y tiempo preciso, la comunicación debe ser rápida, precisa, oportuna y veraz.

Para que este sistema de vigilancia epidemiológica funcione se establecen tres tipos de notificación que son, individual, agrupada y negativa, las mismas que también se deben presentar en forma inmediata y semanal según el impacto del evento. A continuación los detalles de cada una de ellas.

Notificación individual. Se utiliza cuando se presentan casos clínicos epidemiológicos que corresponden a la categoría de los síndromes, patologías específicas y eventos no esperados de importancia nacional e internacional, la notificación se la realiza a través del formulario de notificación y cierre de caso EPI1 individual.

Notificación agrupada. Se utiliza cuando el suceso es de alta frecuencia y se suscita en grupos humanos, en estos casos se debe realizar monitoreo constante, con el propósito de la detección en un aumento de casos fuera de lo habitual o gravedad inusual, para su notificación se utiliza el criterio de inclusión en donde se incluye la definicion de caso confirmado y la codificación según el CIE-10, estos datos deben ser ingresados a la plataforma virtual en el programa RDACAA y su notificación se realizara a través del formulario EPI 1 Grupal.

Notificación negativa.-se realiza cada semana y se refiere al hecho de que en una unidad operativa no se han detectado eventos de notificación individual y agrupada, ni brotes ni epidemias, esta información es obligatoria y se registra en el formulario EPI-1 Grupal en el casillero 6. (MSP, SIVE ALERTA, 2014)

Tarea con los estudiantes:

Tarea 1. **(Revisar manual de SIVE ALERTA páginas 32 – 34)**
OPERATIVIZACION DE INDICADORES.
Anexo 8

Tarea 2. INVESTIGACION EN TRABAJO AUTONOMO.
Síndromes y enfermedades de alta capacidad de transmisión (SIVE – ALERTA) en Unidades operativas durante un periodo determinado.

5.16. Epidemiologia y administracion en servicios de salud

Se considera a la epidemiologia una disciplina en donde se deben desarrollar métodos y técnicas especializadas para la investigación de las causas patológicas que conllevaron al proceso de alguna epidemia; es por ello que a esta disciplina se la considera una metodología más que una ciencia.

Estos principios y métodos pueden ser aplicados en una amplia variedad de problemas y en muchos campos, que bien pueden ser en poblaciones humanas o en otros seres vivientes, que podrían ser originarias de epidemias, pero específicamente en el campo de la salud humana se aplica en tres dimensiones principales que son , la etiología, clínica y administrativa.

Aplicación etiológica. Es la parte que se encarga de la búsqueda en las causas de la salud y la enfermedad junto con otras ciencias (bioquímica, fisiología, microbiología y patología) es decir, que la epidemiologia contribuye de forma natural a la comprensión del origen de las enfermedades y sus determinantes, entre los que están los factores de riesgos.

Aplicación clínica. Es la parte de la disciplina que está ligada a los síndromes clínicos que conllevan al conocimiento de las prevalencias epidemiológicas, las mismas que son objeto de investigación, manejo y diagnostico en los afectados.

Aplicación en la administración de salud. Actualmente la epidemiologia es parte importante de la administración en los diferentes niveles de atención, este proceso contribuye a la elaboración de un diagnostico comunitario con respecto a la existencia, naturaleza y distribución en los diferentes aspectos de salubridad, se lo realiza con el propósito de control sanitario poblacional, lo que permite realizar estudios y análisis comparativos de los cambios ocurridos en determinado tiempo y lugar, la epidemiologia contribuye con varios elementos para cumplir el proceso administrativo.

Administración de los servicios de salud. En el capítulo anterior se mencionan las etapas de la administración en forma general, pero es necesario recalcar que en todos los programas del MSP se aplica la parte administrativa, esta acción permite supervisar y medir la producción de los servicios ofertados especialmente en las instituciones públicas de diferentes niveles operativos, que es donde se manejan los distintos formularios del MSP.

Las etapas de la administración son una constante y estas son; planificación, organización, dirección, coordinación y control, en este último están inmersos

la evaluación y monitoreo permanente de la ejecución en las acciones, lo que permitirá realizar ajustes en el tiempo y/ o delegación de responsabilidades en caso de que se requiera, si sucedieran eventualidades no programadas se cambiarían las tareas no los objetivos ni las metas.

5.17. Programa del control de la tuberculosis pct. Ecuador

Definicion. El MSP define el PCT, de magnitud nacional, descentralizado, simplificado y prioritario, que se ejecuta desde el nivel local e involucra a todos los establecimientos del sector salud, además de contribuir al fortalecimiento del MAIS. (MSP, Manual de normas y procedimientos para el control de la tuberculosis., 2010)

Objetivo. Establecer un control efectivo de la TB (tuberculosis) mediante el acceso universal a un diagnóstico de calidad y tratamiento estrictamente observado, centrado en el paciente, reduciendo el sufrimiento humano y la carga socio económica asociados a la TB y, protegiendo a las poblaciones vulnerables contra la TB, TB/VIH y TB/MDR (multi drogo resistente). (MSP, Manual de normas y procedimientos para el control de la tuberculosis., 2010)

La tuberculosis es una enfermedad bacteriana causada por Mycobacterium, que generalmente afecta a los pulmones, es prevenible y curable, su transmisión es de persona a persona, cuando un afectado de tuberculosis tose, estornuda o escupe, expulsa bacilos y estos se quedan suspendidos en el aire, lo que ocasiona la aspiración en otra persona para que quede infectada, evidentemente que existe la posibilidad de quien recibe el bacilo debe estar con sus defensas bajas a causa de algún problema patológico agudo para que se activen los bacilos, según la OMS en un informe de prensa de marzo 2017, menciona que según las investigaciones se calcula que la tercera parte de la población mundial presenta tuberculosis latente, termino aplicado a quienes presentan infección pero que no han enfermado y menos aún transmiten la infección, ellas se tiene un 10% de riesgo de enfermar a lo largo de su vida, no así quienes presentan VIH, desnutrición, diabetes además de los consumidores de tabaco que su riesgo es mucho mayor de padecer esta enfermedad.

Cuando la tuberculosis está desarrollada los signos y síntomas que se presentan suelen ser muy evidentes, tos productiva, hipertermia entre vespertina y nocturna, sudoración, disminución de peso; en algunas ocasiones no se les da la importancia requerida a estos eventos, lo que ocasiona la pérdida de tiempo en el tratamiento oportuno, estas personas son llamadas transmisoras silenciosas y, a lo largo de 1 año pueden contagiar entre 10 a 15 individuos, si a todas ellas no les brinda el tratamiento pertinente posiblemente morirán el 45% de los infectados..(OMS, mediainquiries@who.int, 2017)

En las unidades de salud del primer nivel de atención, se realiza la detección de los casos, el personal está preparado y concienciado en que la finalidad del programa es la disminución en la morbimortalidad y evitar la resistencia a las drogas antituberculosas. El programa asegura además de la detección el diagnóstico y tratamiento gratuito, con personal altamente capacitado para cumplir con este proceso.

Para la garantía en la ejecución de estas actividades, el programa está integrado por un equipo multidisciplinario que lo constituyen el médico, la enfermera y el laboratorista, cada uno de ellos es un complemento importante en la participación, el medico establece el diagnostico el que será confirmado como positivo o negativo con el examen de laboratorio y, posterior a ello será la enfermera la encargada de brindar el tratamiento cumpliendo las normas establecidas en el programa. Existen otros profesionales que son necesarios según la necesidad en la atención de casos, entre ellos los trabajadores sociales, estadísticos, psicólogos y educadores para la salud, cada uno con sus actividades específicas pero enlazadas en el tratamiento del TB.

Cadena de transmisión. En todas las enfermedades epidemiológicas se requiere de un conjunto de etapas para que se efectúe la transmisión entre los que se encuentran: agente causal, fuentes de infección o reservorios, mecanismo de transmisión, huésped susceptible, para la tuberculosis se cumple de igual manera el ciclo.

Agente causal. La presencia de la tuberculosis puede corresponder a cualquiera de los microrganismos de la variedad compleja existente de ellos, pero

la que mayor cuadros patológicos causa es la Mycobacterium tuberculosis, seguida por la Mycobacterium bovis, los demás producen la enfermedad en cantidades minoritaria. El bacilo de koch se presenta como un bastoncillo ligeramente curvado que mide de 1 a 4 micrones de longitud, siendo sus principales características biológicas:

- Virulencia variable.
- Multiplicación lenta que favorece la cronicidad de la enfermedad.
- Parasito estrictamente transmitido de persona a persona
- No posee toxinas conocidas, razón de la persistencia de su estado de latencia.
- Posee varios antígenos.
- Es un microorganismo aerobio con crecimiento dependiente del oxígeno, es por eso su alojamiento en los pulmones.
- Resistente al frio y muy sensible al calor, rayos UV y rayos solares. (MSP, Prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la tuberculosis, 2015).

Fuentes de infección y reservorio. Para este tipo de TB el mayor reservorio es el hombre sano-infectado, este tipo de personas no presentan signos y síntomas que permita ser identificado, se las clasifica como sanas portadoras del bacilo vivo en fase latente, se reactiva cuando su sistema inmunológico decae por alguna enfermedad, la que también depende de la localización pulmonar y con mayor gravedad si se presenta el órgano con lesiones cavitarias y el resultado del examen de esputo es positivo. En el ganado vacuno existe el M. bovis pero por la reducida cantidad de bacilos que se generan, la posibilidad de contagio es mínima.

Mecanismos de transmisión. El principal mecanismo de trasmisión es la saliva, cuando se habla, ríe, canta estornuda y todas las acciones que se realizan utilizando la boca, es por medio de ella que se expulsa gran cantidad de este componente, las micro gotas pueden ser grandes o pequeñas, las grandes se precipitan y no son contagiosas, pero las más pequeñas se conocen como gotitas de Pfluger, estas contienen grandes cantidades de bacilos que se alojan en las vías respiratorias bajas, cuando la exposición es prolongada existe un alto riesgo de infección o reinfección. Otra vía de transmisión, aunque con menor

frecuencia es atribuida a la leche no pasteurizada conteniendo bacilos, los que se pueden penetrar a través del tejido linfático oro faríngeo o intestinal y causar el complejo primario extrapulmonar, de igual manera se puede transmitir por vía urogenital y la cutánea mucosa o por inoculación directa y transparentaría, la tuberculosis extrapulmonar no se considera transmisible.

5.18. Definicion de casos

Caso de tuberculosis bacteriológicamente confirmado. Persona que presenta una muestra biológica + a M. tuberculosis, sea por, baciloscopía, cultivo o PCR en tiempo real, todos estos casos deben ser notificados independientemente de su inicio de tratamiento.

Caso de tuberculosis clínicamente diagnosticado. Es toda persona con TB que no cumple con los criterios de confirmación bacteriológica, pero fue diagnosticada como TB activa por:

- Decisión clínica del médico y prescribe un esquemade tratamiento completo.
- Rayos X o histología sugestiva.
- Casos extrapulmonares (TBEP) sin confirmación de laboratorio.

Si estos casos clínicamente diagnosticados posteriormente, resultan ser bacteriológicamente positivos (antes o después de iniciar tratamiento), estos deben ser reclasificados como bacteriológicamente confirmados.

Clasificación de TB, condición de ingreso.

1. Localización anatómica de la enfermedad.
2. Antecedentes de tratamientos previos.
3. Resistencia de la prueba de sensibilidad a drogas.
4. Estado de VIH.

1. Condición de ingreso.

1.1 Caso de TB pulmonar (TBP). Persona con TB confirmada bacteriológicamente o diagnosticada clínicamente de TB, que implica afectación del parénquima pulmonar o árbol traqueo bronquial. La TB miliar también se considera como TBP porque existen lesiones en

los pulmones. Las linfadenopatias, TB intratoraxicas (mediastínicas y/o miliares) o derrame pleural TB, sin que exista alteración pulmonar no se consideran casos de TBP.

1.2 Caso de TB extrapulmonar. Persona que presenta TB bacteriológicamente confirmada o clínicamente diagnosticada en otros órganos que no son los pulmones, ejemplo: pleura, ganglios linfáticos, abdomen, tracto genitourinario, piel, articulaciones, huesos y meningitis. Si existiera un caso de TB con localización pulmonar y extrapulmonar simultáneamente, debe clasificarse como TBP. (Tuberculosis pulmonar).

2. Antecedentes de tratamiento de TB previos a la condición de ingreso.

2.1 Caso nuevo. Persona con diagnóstico de TB pulmonar o extrapulmonar que nunca recibió tratamiento anti TB o lo recibió por menos de un mes. En este grupo se incluye a los afectados que son contactos comprobados de afectados con TB resistente a medicamentos.

2.2 Caso previamente tratado. Persona que ha recibido tratamiento con medicamentos antituberculosos por un mes o más (antes tratados). Estos son los que se han perdido en el seguimiento del tratamiento y que han sido recuperados, entre los cuales están los fracaso y recaídas.

2.3 Fracaso. Persona previamente tratada por TB cuyo tratamiento fracaso al final de su ciclo más reciente del tratamiento, indistintamente si el afectado recibió terapia con drogas de primera y/o segunda línea.

2.4 Recaída. Persona previamente tratada por TB, que fue declarada curada o tratamiento completo y, que al final del último ciclo del proceso es nuevamente diagnosticada con un episodio recurrente de TB.

2.5 Perdida en el seguimiento recuperado. Persona previamente tratada por TB y, cuyo caso fue declarado pérdida en el seguimiento al final del proceso más reciente (antes conocido como abandono recuperado), el afectado retorna tras una interrupción de tratamiento de más de un mes.

2.6 Otros. Son las personas afectadas con TB que no cumple con las definiciones anteriores.

3. Resistencia a la prueba de sensibilidad a drogas. Condición de ingreso.

3.1 Tuberculosis drogo resistente: (TBDR): mono resistencia, resis-

tencia demostrada a solo un medicamento antituberculoso de primera línea (DPL).

3.2 Poli resistencia. Resistencia demostrada a más de una DPL antituberculosa, que no sea isoniacida (H) y rifampicina (R) a la vez.

3.3 Multidrogoresistencia (MDR). Es la resistencia demostrada y simultánea a isoniacida (H) y rifampicina (R).

3.4 Extensamente resistente (XDR). Caso con Multidrogoresistencia a cualquier fluoroquinolona de última generación y al menos a uno de los tres medicamentos inyectables de segunda línea (capreomicina, kanamicina, o amikacina).

3.5 Resistencia a rifampicina (RR). Resistencia demostrada a rifampicina "R", a estos también se los considera como MDR.

4. Estado serológico de VIH.

4.1 Afectado con TB y VIH, (coinfección **TB/VIH**). cualquier caso bacteriológicamente confirmado o clínicamente diagnosticado de TB que tiene un resultado positivo de la prueba del VIH.

4.2 Afectado con TB sin VIH. Cualquier caso bacteriológicamente confirmado o clínicamente diagnosticado de TB y que tiene un resultado negativo de la prueba del VIH realizada al momento del diagnóstico de TB y/o durante el tratamiento.

4.3 Afectado con TB y estado de VIH desconocido. Cualquier caso bacteriológicamente confirmado o clínicamente diagnosticado de TB que no tiene ningún resultado de la prueba del VIH.

5.19. Definiciones

Referencia.- es el procedimiento por el cual los prestadores de salud envían a los usuarios de un establecimiento de salud de menor complejidad a uno de mayor capacidad resolutiva, o al mismo nivel de atención cuando su capacidad de decisión no permite solucionar el problema de salud.

Derivación.- es el procedimiento por el cual los prestadores de salud envían a los usuarios de cualquier nivel de atención a un prestador externo público(Red pública integral de salud), o privado (complementario) del mismo o mayor nivel de atención y/o complejidad, cuando la capacidad resolutiva no permite se

traten los problemas de salud, buscando la complementariedad de los servicios previa la autorización correspondiente; para realizar estas derivaciones a la red complementaria, inicialmente se deben agotar todas las alternativas de la red pública de salud utilizando el formulario 053.

Contrareferencia.- es el procedimiento obligatorio por el cual un usuario que inicialmente fue referido/ derivado, es retornado luego de haber recibido la atención con la información pertinente al establecimiento de salud de menor nivel de atención correspondiente, para garantizar la continuidad y complementariedad de su atención.

Referencia inversa.- es cuando un usuario se auto refiere al servicio de emergencias de un establecimiento de salud del segundo y/o tercer nivel de atención, en el que debe ser atendido su problema patológico sea de urgencia o emergencia y, de ninguna manera se negara la asistencia sanitaria por no presentar una referencia. Posterior a su atención se debe proceder al llenado del formulario 053 y señalar que no ha sido referido/a desde el primer nivel de atención, enfatizando este hecho con mayúsculas sostenidas en la parte superior del formulario, al cual debe ser enviado con el usuario al establecimiento de salud de primer nivel de atención correspondiente.

Derivación comunitaria.- es el envío de los usuarios desde la comunidad al establecimiento de salud del primer nivel de atención más cercano cuando los prestadores de la medicina ancestral, líderes comunitarios y/o los técnicos de atención integral en salud (TAPS) han identificado señales de peligro y/o factores de riesgo; en esta caso no se utilizara el formulario 053.

5.20. Niveles de atención en los servicios en donde acuden los afectados por TB

1. **Nivel de atención pre hospitalario.-** la movilización del afectado por TB, afectados con sospecha de TB y la población de riesgo para TBR se realizara en ambulancia, con aplicación de medidas de control de infecciones, un ambiente del transporte ocupara el afectado con mascarilla y, otro ambiente del trasporte ocupara el personal de salud acompañante,

familiar y conductor del trasporte con respirador N95 específico para TB., la entrega recepción del afectado se registra en el formulario HCU-F002.

2. **Primer nivel de atención.-** los afectados por TB deben ser tratados a nivel ambulatorio en el primer nivel de atención, donde se resuelve el 85% de sus problemas y necesidades de salud. El talento humano salubrista del establecimiento del primer nivel de atención debe comunicar y coordinar con el nivel receptor, segundo y tercer nivel el envío del afectado, asi como la disponibilidad de ambulancia con la instancia correspondiente.

La referencia y derivación de los afectados por TB, con las formas clínicamente graves o complicaciones de la enfermedad como insuficiencia respiratoria aguda, hemoptisis masiva, RAM graves, neumotórax espontáneo y otras comorbilidades que pongan en riesgo la vida del afectado, deben realizarse a establecimientos de segundo y tercer nivel que garanticen la atención adecuada a su condición, se lo enviara con el formulario de referencia 053, epicrisis 006, copias de las tarjetas de control y administración de tratamiento de TB y resultados de los exámenes realizados.

La referencia o derivación del afectado por TB para consultas de especialidad, tratamientos complementarios u hospitalización se realizara con el formulario de referencia 053, de acuerdo con el instructivo; registrar en los libros de sintomático respiratorio o de reporte de SINFOTB (Sistema informático online TB), la referencia o derivación del afectado al segundo y tercer nivel de atención y, realizar el seguimiento de la evolución del afectado.

Recibir la contrareferencia, referencia inversa y derivación del afectado desde el segundo y tercer nivel con todos los documentos para la continuación del tratamiento en el establecimiento de primer nivel y confirmar la recepción al nivel correspondiente.

3. **Segundo y tercer nivel de atención. -** a estos niveles se debe referir o derivar a los afectados con complicaciones que no pueden ser resueltas en el primer nivel y, afectados con TBR con indicación de tratamiento estandarizado e individualizado, quienes permanecerán en estos

establecimientos hasta el primer control bacteriológico negativo; las referencias para interconsultas y controles programados de afectados por TB deben considerarse prioritarias; la contrareferencia del afectado a un establecimiento de primer nivel de atención debe ser notificada inmediatamente al establecimiento en que se realizó la referencia; toda contrareferencia o referencia inversa debe enviarse con el formulario 053, epicrisis 006, copias de tarjeta de control y administración de tratamiento de TB y resultados de exámenes realizados.

4. **Derivación internacional de afectados por TB.-** el traslado de afectados por TB a nivel internacional se regirá a las normas del reglamento Sanitario Internacional. Es responsabilidad de los establecimientos de primer, segundo y tercer nivel que refieren afectados por TB a otro país, notificar por órgano regular al Centro Nacional de Enlace de la Dirección Nacional de Epidemiologia, con copia a la DNEPC/TB y la Dirección Zonal de Estrategias de Prevención y Control/TB.

El establecimiento de salud que traslada al afectado debe enviar el expediente completo al Centro Nacional de enlace, el que comunicara y coordinara con el país y/o establecimiento de salud receptor la llegada del usuario. El establecimiento de salud que lo traslada, debe enviar el expediente con el formulario 053, epicrisis 006, copias de las tarjetas de control y administración de tratamiento de TB y de los resultados de exámenes; el país y establecimiento de salud deben comunicar la recepción del paciente. El Centro Nacional de enlace notificara a la DNEPC/TB la llegada del afectado por TB al país y, coordinara con su país de origen el envío completo del expediente del usuario.

El establecimiento de salud cercano a su domicilio recibirá al paciente con TB, lo registrará en el libro de reporte para el SINFOTB, la tarjeta de control y administración del tratamiento para fines operacionales y sin enumerar el caso; no se deberá reportar en informe trimestral de casos y cohorte correspondiente. (Ecuador S. N., 2014)

5.21. Resumen

La OMS define a la epidemiologia como un estudio de la distribución y de-

terminante de estados y eventos relacionados con la salud y, al control de enfermedades en las poblaciones humanas; esta ciencia es aplicada en dos métodos (clínico y epidemiológico), el clínico es donde el medico interviene realizando diagnostico presuntivo mediante signos y síntomas, el epidemiológico es el resultado de las pruebas realizadas mediante exámenes que confirman o descartan lo que el medico emitió en su informe inicial. En el 2001 el MSP plantea el SIVE (Sistema Integrado de vigilancia epidemiológica) como estrategia con 5 subsistemas (SIVE ALERTA, SIVE PROGRAMAS, SIVE HOSPITAL, SIVE MORTALIDAD EVITABLE, SIVE COMUNITARIO), a partir del 2013 se implementa el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica Ecuador sistema online, donado por la OPS, para el registro de eventos; mediante estrategia Epidemiológica se realiza el control de las enfermedades mediante la utilización de instrumentos en los cuales se visualizan resultados de indicadores epidemiológicos, donde se observaran sus riesgos, la magnitud y las tendencias. En la medición se aplican escalas, proporciones y razones, las tasas de medición son la parte más importante y es donde el profesional de enfermería debe intervenir, debe conocer la letalidad con la que se presentan los brotes epidemiológicos, las incidencias y prevalencias en algunos casos, saber cómo controlarlos con los cercos epidemiológicos para evitar su propagación. En este capítulo se presentaron las temáticas que tienen mayor relevancia en el ámbito epidemiológico y, que son las aplicables en la comunidad.

La vigilancia epidemiológica es una recolección sistemática, continua, oportuna confiable, importante y necesaria información sobre los condicionantes de salud poblacional, se la define como un proceso sistemático, ordenado y planificado de observación, medición y registro de ciertas variables definidas, para luego describir, analizar, evaluar e interpretar indicadores de salud; mediante este proceso se generan datos que contribuyen a que los programas de control y prevención resuelvan efectivamente los problemas presentados, con el propósito de definir prioridades que conducen a investigaciones basada en notificaciones de casos conjuntamente con los laboratorios correspondientes. Los atributos del SIVE son su simplicidad, flexibilidad, aceptabilidad, sensibilidad, representatividad y oportunidad que ofrece la información; este sistema de vigilancia presenta las formas pasiva y activa, la primera se inicia frente a la sospecha del caso, desarrollando un sistema de unidades notificadoras con

personal altamente capacitado, los que utilizan registros especiales como evidencias en el estudio de casos sospechosos que requieren confirmación a través de laboratorios, además de su notificación semanal como lo exige el SIVE.

En la forma pasiva, es cuando el caso es detectado en la consulta médica y en la cual no requiere de unidades notificadoras, en este caso se lleva un registro del sistema habitual con los antecedentes clínicos que presenta según la enfermedad. La vigilancia tiene sus usos, se estima cuantitativamente la magnitud del problema, se determina la distribución geográfica, permite identificar brotes, epidemias y conocer la historia de la enfermedad, evaluar las medidas de control y prevención que el profesional de enfermería debe asumir en su rol, además de monitorear los cambios en los agentes infecciosos, se comprueba hipótesis, facilita la información para ejecutar la planificación adecuada, que en resumen serían las medidas de control que se aplican para la promoción, prevención, curación y tratamiento en el caso de algún evento epidemiológico confirmado en una población y área determinada.

5.22. Abreviaturas utilizadas en epidemiologia

CIE–10: Clasificación Internacional de Enfermedades décima edición.
CNE: Centro Nacional de Enlace.
DEET: N, N-Dietil-meta-toluamida.
DNVE: Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica.
EDTA: Acido etilendiamino tetra acético.
EFENV: Enfermedad febril eruptiva no vesicular.
EPOC: Enfermedad Pulmonar obstructiva crónica.
EPR: Equipos de pronta respuesta.
FAO: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura.
GAD´s: Gobierno Autónomo descentralizado.
GTA: Grupo técnico asesor.
GOARN: Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes epidémicos.
IFI: Inmunofluorescencia.
INFOSAN: The International Food Safety Authorities Network.
INSPI: Instituto Nacional de Investigación en salud Publica.

MEF: Mujeres en edad fértil.
MSP: Ministerio de Salud Pública.
MTILD: Mosquiteros tratados con insecticida de larga duración
OMS: Organización Mundial de la Salud.
OPS: Organización panamericana de la Salud.
ENI: Estrategia Nacional de Inmunizaciones.
PCR: Reacción en cadena de la polimerasa.
SE: Semana epidemiológica.
SIVE: Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiológica.
SNS: Sistema Nacional de Salud.
SR: Sintomático respiratorio.
RDACAA: Registro diario automatizado de consulta y atención ambulatoria.
RSI: Reglamento Sanitario Internacional.
TNN: Tétanos neonatal.
VEPT: Vigilancia Epidemiológica Post-tratamiento.
Virus ECHO: Virus citopático entérico humano *(siglas en inglés)*.
SARS: Síndrome respiratorio agudo severo.
IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.
FFAA: Fuerzas Armadas.
POL: Policía.
JBG: Junta de Beneficencia de Guayaquil.
MEC: Ministerio de Educación y Cultura.
DRS: Dirección de Rehabilitación Social.
PRIV: Instituciones privadas.
ONG: Organización no gubernamental.

BIBLIOGRAFÍA

COMPONENTE ENFERMERO

MAWIL
Publicaciones Impresas
y Digitales

Alberto, P. L. (2017). Sedentarismo y actividad fisica. *Revista de investigacion y educacion en ciencias de la salud*, 1.

Alicia Bárcena, S. E. (N/A de N/A de 2013). PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR. 1-4.

Almeida-Filho, N. (2010). Esbozo de un paradigma epidemiologico. 43 - 47, 61.

Alvarez, c. F. (N/A de junio de 2010). Manual de valoracion de patrones funcionales. España, Pricipado de Asturias, Mayorca.

Andrade, J. E. (2012). *Gerencia en Salud Publica.* España- Madrid: UNER, INGENIUM.

Arenas, J. A. (2013). ADMINISTRACION SOCIAL. En J. A. Arenas, *ADMINISTRACION SOCIAL* (págs. 87-92). mEXICO: Mc Grawn Hill - interamericana.

Balderas Pedrero, M. d. (2005). *Administración de los Servicios de Enfermería* (Quinta ed.). Mc Gralw Hill. Recuperado el 19 de Mayo de 2017

Balderas Pedrero, M. d. (2012). *Administración de los servicios de Enfermería* (Sexta ed.). Mc Graw Hill. Recuperado el 20 de Mayo de 2017

Balderas, M. D. (2009). *Administración de los servicios de enfermería.* Mexico: McGrawnHill. Recuperado el 3 de noviembre de 2017

Bergonzoli, G. (N/A de Marzo de 2016). *Sala situacional.* Venezuela: N/A. Obtenido de http://www.msal.gob.ar/saladesituacion/Biblio/Sala_situacional.G.Bergonzoli.pdf.

Carina Vance. (2014). Salud de adolescentes . *Guia de supervision*, 12-15.

Cobo, J. C. (N/A de N/A de 2015). Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson. España, España, España. Obtenido de ISBN: 978-84-694-0295-5

Delgado, D. J. (N/A de N/A de 2014). *www.manuelasaenz.com*. Obtenido de http://www.ministeriointerior.gob.ec/: N/A

Dra. Elisa Nishimura, T. A. (2014). Guia de practica clinica. En S. d. Salud, *Tamizaje, diagnóstico y tratamiento de la hiperplasia suprarrenal con-*

génita por (pág. 11). México: Secretaría de Salud : Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.

Ecuador, M. . (N/A de N/A de 2016). *http://www.salud.gob.ec/direccion-nacional-de-vigilancia-epidemiologica/*. Obtenido de http://www.salud.gob.ec/direccion-nacional-de-vigilancia-epidemiologica/: N/A

Ecuador, S. N. (21 de Septiembre. de 2014). Subsistema de referencia, contrareferencia, referencia inversa y transferencia. *Normas Tecnicas.* Documento oficial. Acuerdo Ministerial No. 00004431 Quito, Quito, Ecuador.

Flor Yesenia Musayón Oblitas, L. S. (2010). El rol de la enfermería en el control de la tuberculosis. *Rev. Latino-Am.Enfermagen*, 1-9.

Hall, J. E., & Weaber, B. R. (2001). Enfermeria en salud comunitaria en enfoque de sistemas. En O. OPS, *Enfermeria en salud comunitaria en enfoque de sistemas* (pág. 16). Washintong D.C, 20037 EUA: OMS - OPS.

Hora, L. (15 de Agosto de 2017). *Preocupante situacion ambiental en el Ecuador*, pág. 1.

INEC. (N/A de N/A de 2012). Vivienda. Quito, Quito, Ecuador.

INEC. (2017). *Substancias estupefacientes y sicotropicas.* Quito: Bibiloteca Inec.

Juárez-Adauta. (2012). Clima organizacional y satisfacción laboral. *Redalyc.org*, 307 - 313. Obtenido de http://www.redalyc.org/html/4577/457745495014/

Leyton, A. (s.f.). *Gestion de departamento de enfermeria.* Recuperado el 3 de noviembre de 2017

Luz, P. M. (2013). *ADMINISTRACION EN SALUD.* Mexico: Mc Grawn Hill Interamericana.

Marmot., M. (2012). *DETERMINANTES DE LA SALUD.* Buenos Aires - Argentina: Journal S:A.

Ministerio De Salud Publica. (2016). *Ministerio de Salud Pública emprende campaña de vacunación denominada "puesta al día" a niños menores de dos años*. Obtenido de Ministerio De Salud Publica: http://instituciones.msp.gob.ec/cz9/index.php/sala-de-prensa/noticias/711-ministerio-de-sa-

lud-publica-emprende-campana-de-vacunacion-denominada-puesta-al-dia-a-ninos-menores-de-dos-anos

Mothelet, V. G. (2016). maltrato, la violencia de todos los dias. *Reviosta de divulgacion de la ciencia UNAM*, 1-5.

MSP. (N/A de N/A de (Ley No. 2002-80)). *Ley organica del sistema nacional de salud*. Obtenido de Ley organica del sistema nacional de salud: N/A

MSP. (2005). Manual de normas tecnico administrativas del ENI. En E. N. Colaboradores, *Normas técnicas y procedimientos del ENI* (págs. 15-35). Quito: Equipo ENI del MSP y Consultor de Inmunizaciones OPS/OMS.

MSP. (2005). MANUAL PAI - MSP - Ecuador. En *Manual de procemientos, tecnico - administrativos* (pág. 18). Quito.

MSP. (2008). Manual de estándares indicadores. *instrumentos para medir la calidad de la atención materna.*, 10-15.

MSP. (N/A de n/a de 2009). *http://www.salud.gob.ec/programa-ampliado-de-inmunizaciones-pai/*. Obtenido de http://www.salud.gob.ec/programa-ampliado-de-inmunizaciones-pai/: N/A

MSP. (2010). Manual de normas y procedimientos para el control de la tuberculosis. En MSP, *Manual de normas y procedimientos para el control de la tuberculosis.* (págs. 25 - 82). Quito: MSP.

MSP. (2012). Manual de modelo de atencion integral de salud MAIS. En MSP, *Manual de modelo de atencion integral de salud MAIS* (pág. 42). QUITO: Msp.

MSP. (2013). Guía de práctica clínica (PKU). En MSP, *Diagnóstico y tratamiento nutricional del paciente pediátrico y adolescente con fenilcetonuria* (págs. 12-13). Quito: MSP.

MSP. (2013). Guía de Práctica Clínica (GPC). En *Tratamiento nutricional del paciente pediatrico y adolescente con galactosemia* (págs. 8-9). Quito: MSP.

MSP. (2013). Normas del subsistema de referencia, derivacion, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del SNS. *Normas del subsistema*, 12-20.

MSP. (n/a de n/a de 2013). objetivo 3 Plan nacional del buen vivir. *Mejorar la calidad de la poblacion*. Quito, Ecuador: MSP.

MSP. (N/a de septiembre de 2014). Analisis situacional integral de salud - diagnostico de salud. *Analisis situacional integral de salud - diagnostico de salud*. Quito, Ecuador: msp.

MSP. (N/A de N/A de 2014). Lineamientos operativos MAIS - RIPS. Quito, Quito, Ecuador.

MSP. (2014). SIVE ALERTA. *NORMAS EPIDEMIOLOGICAS* , VARIAS.

MSP. (2015). Estrategia Nacional de Inmunizacion. En MSP, *Manual de normas, tecnicas y procedimientos administrtativos* (págs. 14-17). Quito: MSP.

MSP. (N/A de N/A de 2015). *http://www.salud.gob.ec/direccion-nacional-de-talento-humano/*. Obtenido de http://www.salud.gob.ec/direccion-nacional-de-talento-humano/: N/A

MSP. (2015). Prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la tuberculosis. En P. C. Rodríguez, *Guía Práctica Clínica* (pág. Varias). Quito: Nuevo arte.

MSP. (28 de DICIEMBRE de 2016). *https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/ac_0152_2016%2028%20dic.pdf*. Obtenido de https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/ac_0152_2016%2028%20dic.pdf.

MSP. (N/A de N/A de 2016). Prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la tuberculosis. Quito, Quito, Quito.

MSP, E. . (20 de 05 de 2013). Sistema Integrado de Vigilancia epidemiologica. *Manual de procedimientos del subsistema Alerta Accion Sive - Alerta*. Quito, Pichincha, Ecuador: Correccion de estilo - MSP.

MSP. (2013). Equipo de trabajo. *Manual operativo, red integrada de servicios de salud*, 3-20.

MSP-UNICEF. (2009). Guia Clinica de Fibrosis Clinica. En F. quistica, *Programa de prevencion de la fibrosis quistica* (pág. 9). Asuncion, Paraguay:

UNICEF - JICA.

Muñoz Seco, E., Coll Benejam , J., & Linares Pou, L. (2006). Influencia del clima laboral en la satisfacción de los profesionales sanitarios. *Science Direct, 37*, 209 - 2014 . Obtenido de http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656706703341

Nolassco, V. (29 de noviembre de 2013). *Gestion en Salud*. Recuperado el 3 de noviembre de 2017, de https://gestionasalud2000.com/2013/11/29/enfermeras-participando-en-el-diseno-del-presupuesto/

OMS. (N/A de AGOSTO de 2008). *http://www.who.int/social_determinants/es/*. Obtenido de http://www.who.int/social_determinants/es/: A62/VR/8

OMS. (N/A de agosto de 2013). *http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion10/capitulo164/capitulo164.htm*. Obtenido de http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion10/capitulo164/capitulo164.htm: N/A

OMS. (N/A de abril de 2015). *Anomalias congenitas*. Obtenido de http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs370/es/: N/A

OMS. (2016). *OBESIDAD Y SOBREPESO*. N/A: Centro de prensa OMS.

OMS. (N/A de Marzo de 2017). *mediainquiries@who.int*. Obtenido de http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es.

Ongallo, C. (2007). Manual de comunicacion. En C. Ongallo, *Manual de comunicacion* (pág. 4). Madrid: SAFEKAT, S.L. .

OPS-OMS. (1991). Epidemiologia y administracion de serviciso de salud. En P. M. G.E.Alan Dever. Rockville Maryland E.U.A.: OPS-OMS.

Organizacion Panamericana de la Salud. (2012). *Modelo de Gestión Integral de Suministro de Medicamentos e Insumos de Salud.* El Salvador.

Publica, M. d. (2011). *Administracion en sector salud.* Quito: MSP.

publica, M. d. (N/A de N/A de 2012). Modelo de atencion integral en salud familiar, comunitario e intercultural. *Modelo de atencion integral en salud familiar, comunitario e intercultural*. Quito, Pichincha, Rcuador: Impernta MSP.

publica, M. d. (12 de 05 de 2015). *http://www.salud.gob.ec/valores-mis-*

ion-vision/. Obtenido de http://www.salud.gob.ec/valores-mision-vision/: n/a

Quintero, S. (2013). Indicadores epidemiologicos. *Revista CES Salud Publi-ca*, 1.

Scielo. (N/a de Marzo de 2014). *http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0036-*. Obtenido de http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0036-: 3634200040009

Seisdedos, N. (2011). *El clima laboral y su medida.* Obtenido de http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/trabajo/1985/vol2/arti1.htm

Senagua, R. (N/A de N/A de 2012). Estrategia nacional de agua potable y saneamiento. Quito, Quito, Ecuador.

Shermerhon, J. (2013). *Administracion.* España: McGrawnHill.

Universo. (25 de Noviembre de 2006). las ofertas de Rafael Correa. *Politica*, pág. 8.

ANEXOS

COMPONENTE ENFERMERO

MAWIL
Publicaciones Impresas
y Digitales

ANEXO 1.

LEY DE EJERCICIO PROFESIONAL DE LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS DEL ECUADOR

(Ley No. 57)

CONGRESO NACIONAL.EL PLENARIO DE LAS COMISIONES LEGISLATIVAS.

Considerando:

Que es deber del Estado garantizar la formación y defensa de los profesionales de la salud, entre los cuales se encuentran las enfermeras y enfermeros;

Que es indispensable actualizar el marco jurídico que rige el ejercicio profesional de las enfermeras y enfermeros del Ecuador permitiendo una aplicación correcta y adecuada de los servicios profesionales que les corresponde;

Que las enfermeras y enfermeros cumplen actividades fundamentales en el campo de la salud; y,

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales expide la siguiente:

LEY DE EJERCICIO PROFESIONAL DE LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS DEL ECUADOR

Capítulo Primero.

PROTECCIÓN Y ÁMBITO DE LA LEY

Art. 1.- Esta Ley ampara y garantiza el ejercicio profesional de quienes hayan obtenido el título de Enfermera o Enfermero, conferido por las universidades del país legalmente constituidas y de quienes habiéndolo obtenido en el exterior lo revalidaren de conformidad con la Ley.

Art. 2.- Son organismos de la Federación Ecuatoriana de Enfermeras y Enfermeros:
a) La Asamblea General;

b) El Directorio Nacional;

c) Los Colegios Provinciales de Enfermeras y Enfermeros; y,

d) Los Tribunales de Honor.

La estructura orgánica funcional de estos organismos constará en los Estatutos de la Federación.

Art. 3.- No se considerará ejercicio profesional la prestación de servicios, sin fines de lucro, de enfermeras o enfermeros extranjeros, pertenecientes a equipos médicos que intervienen temporalmente bajo la protección de convenios o acuerdos.

Art. 4.- Todas las instituciones, organismos y empresas de Derecho Público o de Derecho Privado, que operen en el Ecuador y que tengan más de cien empleados y trabajadores, deberán contar obligatoriamente con los servicios profesionales de por lo menos una enfermera o enfermero en su departamento o dispensario médico. Esta disposición rige también para establecimientos educacionales.

Todas las instituciones que brindan servicios de salud tendrán obligatoriamente el número de enfermeras o enfermeros de conformidad con las necesidades institucionales y lo establecido por los estándares de atención que para el efecto expide la Organización Mundial de la Salud.

Todo subcentro o dispensario de salud contará por lo menos con una enfermera o enfermero profesional.

Art. 5.- Los profesionales enfermeras y enfermeros que se encuentran prestando sus servicios en los organismos de salud que dependen de la administración pública estarán protegidos por la Ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa; los profesionales que presten sus servicios en instituciones de salud privada estarán protegidos por el Código del Trabajo.

Nota:

La Ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa fue derogada por la Ley Orgánica de Servicio Civil y Carrera Administrativa y de Unificación y Homologación de las Remuneraciones del Sector Público (Ley 2003-17, R.O. 184-S, 6-X-2003).

Capítulo Segundo

DE LA PROFESIÓN

Art. 6.- Para ejercer la profesión de enfermería, deberán poseer título profesional, pertenecer a su respectivo colegio profesional y cumplir con las disposiciones de los artículos 174, 175 y 178 del Código de la Salud.

El ejercicio de la profesión de enfermería en el Ecuador, asegurará una atención de calidad científica, técnica y ética; que deberá ejecutarse con los criterios y normas de educación que establezca la Asociación Ecuatoriana de Facultades y Escuelas de Enfermería ASEDEFE y las escuelas de enfermería universitarias y las políticas, dirección, lineamientos y normas del Ministerio de Salud Pública y de la Federación de Enfermeras y Enfermeros.

Nota:

El Código de la Salud fue derogado por la Ley Orgánica de Salud (Ley 2006-67, R.O. 423-S, 22-XII-2006).

Art. 7.- Son competencias y deberes de las enfermeras y enfermeros:

a) Ejercer funciones asistenciales, administrativas, de investigación y docencia en las áreas de especialización y aquellas conexas a su campo profesional;

b) Participar en la formulación e implementación de las políticas de salud y enfermería;

c) Dirigir los departamentos y servicios de enfermería a nivel nacional, regional, provincial y local;

d) Dirigir las facultades y escuelas de enfermería y ejercer la docencia en las mismas, conforme a la ley y el respectivo reglamento, a fin de formar los recursos humanos necesarios;

e) Dar atención dentro de su competencia profesional a toda la población sin discrimen alguno;

f) Realizar o participar en investigaciones que propendan al desarrollo profesional o que coadyuven en la solución de problemas prioritarios de salud; y,
g) Dar educación para la salud al paciente, la familia y la comunidad.

Capítulo Tercero

DE LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES

Art. 8.- En las instituciones de la salud pública o privada no se podrá contratar personal de enfermería que no posea los respectivos títulos profesionales para el desempeño de las funciones detalladas en el artículo 7 de esta Ley.

Art. 9.- En el sector público de la salud para llenar los cargos en los cuales se desempeñan funciones relacionadas con los profesionales en enfermería se los hará mediante concursos

públicos de títulos y merecimientos; y, oposición.

En dichos concursos participará un delegado del respectivo Colegio Provincial o de la Federación si no existiere Colegio. La no participación de este delegado anulará el concurso.

Art. 10.- Todo lo relacionado con ascensos y promociones se regulará en la Ley de Escalafón y Sueldos de las Enfermeras y Enfermeros del Ecuador.

Art. 11.- La Federación Ecuatoriana de Enfermeras y Enfermeros o los colegios provinciales vigilarán y denunciarán el ejercicio ilegal de la profesión ante las autoridades competentes.

Art. 12.- El Ministerio de Salud Pública vigilará el cumplimiento de las obligaciones que esta Ley asigna a las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas en calidad de empleadores.

En caso de incumplimiento el empleador será sancionado pecuniariamente por el Ministerio de Salud Pública con una multa no menor a cinco salarios mínimos vitales generales vigentes, sin perjuicio de las demás sanciones que procedan.

Art. 13.- (Reformado por la Ley s/n, R.O. 294-2S, 6-X-2010).- Son obligaciones de las enfermeras y enfermeros amparados por la presente Ley, las siguientes:

a) Ejercer su profesión aplicando los principios éticos, morales y de respeto a los derechos humanos del paciente;

b) Brindar cuidado directo de enfermería a los pacientes y usuarios, garantizando una atención personalizada y de calidad;

c) (Derogado por la Ley s/n, R.O. 294-2S, 6-X-2010).

d) Dar estricto cumplimiento a las prescripciones y tratamientos indicados por el médico;

e) Las enfermeras y enfermeros están obligados a prestar sus servicios de manera extraordinaria en casos de catástrofes, emergencias, guerras y otras situaciones de gravedad que afecten al país; y,

f) Las demás que les asigne esta Ley y su Reglamento.

Capítulo Cuarto

REMUNERACIONES

Art. 14.- En todos los organismos del Estado y las entidades de Derecho Público o de Derecho Privado con finalidad social o pública, el sueldo de las enfermeras y enfermeros se regulará por la respectiva Ley de Escalafón y Sueldos.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

PRIMERA: Derógase la Ley de la Federación Ecuatoriana de Enfermeras y Enfermeros, publicada en el Registro Oficial No. 654 de 4 de enero de 1984.

SEGUNDA: En todos los organismos del Estado y las entidades de Derecho Público o de Derecho Privado con finalidad social o pública, el sueldo de las enfermeras o enfermeros se regulará por los respectivos presupuestos hasta que se reforme la Ley de Escalafón y Sueldos de las Enfermeras y Enfermeros del Ecuador.

TERCERA: La Federación Ecuatoriana de Enfermeras y Enfermeros tendrá su representante en la Comisión Salarial del Ministerio de Trabajo hasta que se reforme la Ley de Escalafón y Sueldos de las Enfermeras y Enfermeros del Ecuador.

Nota:
Mediante D.E. 10 (R.O. 10, 24-VIII-2009), se fusionó la Secretaría Nacional Técnica de Desarrollo de Recursos Humanos y Remuneraciones del Sector Público, SENRES, con el Ministerio de Trabajo y Empleo, creándose el Ministerio de Relaciones Laborales, el cual contará con dos viceministerios técnicos que tendrán las competencias dispuestas por la LOSEP y el Código del Trabajo, respectivamente.

CUARTA: La Federación Ecuatoriana de Enfermeras y Enfermeros en el plazo de 90 días contados a partir de la publicación de la presente Ley en el Registro Oficial, elaborará los estatutos y los someterá a la aprobación de las autoridades correspondientes.

QUINTA: El Presidente de la República dentro del plazo constitucional dictará el Reglamento de esta Ley.

DISPOSICIÓN FINAL.- La presente Ley entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial.

Dada en la ciudad de San Francisco de Quito, Distrito Metropolitano, en la Sala de Sesiones

del Plenario de las Comisiones Legislativas del Congreso Nacional del Ecuador, a los once días del mes de febrero de mil novecientos noventa y ocho.

FUENTES DE LA PRESENTE EDICIÓN DE LA LEY DE EJERCICIO PROFESIONAL DE LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS DEL ECUADOR

1.- Ley 57 (Registro Oficial 261, 19-II-1998)

2.- Ley Orgánica de Servicio Público (Segundo Suplemento del Registro Oficial.

Actualmente se socializo ante el Congreso una nueva Ley del ejercicio profesional de Enfermeria. (2018).

ANEXO 2.

ECUADOR: EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

ANTECEDENTES, AVANCES Y RETOS

En el país el Sistema Nacional de Salud se ha caracterizado por estar fragmentado, centralizado y desarticulado en la provisión de servicios de salud, otra de sus características ha sido la preminencia del enfoque biologista - curativo en la atención; centrado en la enfermedad y la atención hospitalaria; con programas de salud pública de corte vertical que limitan la posibilidad de una atención integral e integrada a la población. En este sentido, las políticas anteriores a este proceso, de corte neoliberal fueron muy eficaces en cuanto a acentuar estas características y además, desmantelar la institucionalidad pública de salud, debilitando también la capacidad de control y regulación de la Autoridad Sanitaria.

Esto conllevó a profundizar la inequidad en el acceso a los servicios de salud de los grupos poblacionales en situación de pobreza y extrema pobreza. Fueron marcadas las barreras de acceso a nivel geográfico, cultural, económico; es así que el gasto directo de bolsillo en el país representó casi el 50% en las economías de las familias ecuatorianas. A pesar del reconocimiento acerca de la importancia de que los servicios de salud se encuentren organizados por niveles de atención, el primero y segundo nivel de atención en los que se puede resolver más del 90% de los problemas de salud, en el sector público han estado debilitados por los bajos presupuestos, el abandono de los establecimientos, la escases e inestabilidad laboral del personal, e incidieron en una limitada capacidad resolutiva y la consiguiente pérdida de confianza por parte de la población en el Sistema Nacional de Salud.

De igual manera, el III nivel de atención, que es predominantemente hospitalario de mayor complejidad sufrió el embate del progresivo desmantelamiento de los servicios públicos, expresados en la falta de recursos y la baja calidad del gasto por la debilidad en los procesos de supervisión y control. Además la situación se complicó por la ausencia de un sistema integrado de información que permita obtener datos reales, necesarios para la planificación, toma de decisiones y monitoreo de los resultados sanitarios y de la gestión.

En la actualidad el Sistema Nacional de Salud debe enfrentar, a más de los rezagos de estos problemas, nuevos retos y necesidades que devienen de cambios en el perfil demográfico y epidemiológico. Es así que la tendencia a la disminución de la tasa de fecundidad que en el período 1950-1955 fue de 6,7 pasó a 2,6 en el período 2005-2010. La pirámide poblacional, muestra una estructura demográfica joven, los grupos etarios de 0 a 24 años constituyen algo

más del 50% del total de la población, con más del 30% de menores de 15 años. La expectativa de vida, es de 75 años (72,1 para hombres y 78 para mujeres) y el porcentaje de personas de la tercera edad es del 6,19 %. (INEC-CEPAL, 2009).

En cuanto al perfil epidemiológico, el país esta experimentando un giro de las causas de mortalidad hacia los problemas crónicos degenerativos, la emergencia de las entidades infecciosas y la presencia de riesgos que favorecen el incremento de las lesiones accidentales, intencionales, los trastornos mentales y emocionales y los vinculados al deterioro ambiental. En el 2009, en el país se reportaron 59.714 defunciones lo que arrojó una tasa de mortalidad de 4.26 muertes por cada mil habitantes, y entre las primeras causas de muerte están en orden de frecuencia, la diabetes mellitus, enfermedades cerebro vasculares, accidentes de transporte, enfermedad hipertensiva, influenza y neumonía, las enfermedades isquémicas del corazón, violencia, insuficiencia cardíaca, cirrosis, cáncer de estómago.

En el caso de la morbilidad las principales causas son debidas a procesos asociados con el deterioro y la privación en el consumo de los bienes y valores básicos para sobrellevar la vida en condiciones adecuadas. Entre las principales causas de egreso hospitalario están la diarrea y gastroenteritis infecciosas, neumonía, colelitiasis, aborto no especificado, apendicitis aguda, hernia inguinal, falso trabajo de parto, traumatismo intracraneal. (MSP, INEC. 2010).

Los problemas nutricionales son en el país un problema de salud pública, tanto la desnutrición como el sobrepeso, que en los últimos años se han incrementado y tienen una clara relación con las condiciones de vida, el acceso a alimentos y patrones de consumo. En este sentido, la desnutrición crónica afecta fundamentalmente a niños y niñas indígenas, a la población que habita en zonas rurales donde hay mayores índices de pobreza. (ENDEMAIN ECV 2006). En el país no existe información actualizada sobre los problemas nutricionales, sin embargo, es importante considerar que los problemas de sobrepeso y obesidad se han incrementado de manera alarmante sobre todo en mujeres en edad fértil y población adulta mayor (ENDEMAIN 2004). Relacionado a esto, en el país menos del 50% de niños y niñas menores de un año son alimentados con leche materna hasta los 3 meses de edad. (Freire, Wilma. 2011).

El VIH-SIDA también es uno de los problemas de salud pública que preocupa al país, el mejoramiento del sistema de registro y la oferta de tratamiento para el VIH-SIDA ha permitido evidenciar que este es un problema que tiene una tendencia creciente. Las relaciones y concepciones de género inciden en riesgos diferenciales para mujeres y varones, al comparar las principales causas de mortalidad y morbilidad según sexo, se evidencia que en varones

las relacionadas a accidentes y violencia tienen un peso muy importante, mientras que en las mujeres los problemas relacionados a la salud sexual y reproductiva son más evidentes (ENDEMAIN 2006). Merece especial atención el alto porcentaje de embarazos en adolescentes por el impacto en las condiciones de vida y salud de este grupo poblacional.

La salud mental y los riesgos ambientales6 son en la actualidad condiciones y problemas que deben suscitar la atención prioritaria del sector salud. Tal es así que la violencia hacia la mujer, el maltrato infantil y los suicidios consumados constituyen problemas de salud pública por la alta frecuencia en que se producen y las graves consecuencias que generan a nivel individual, familiar y social. Por otro lado, los indicadores a nivel nacional no reflejan las profundas disparidades a nivel territorial y la situación de desventaja de grupos poblacionales en situación de pobreza y de los pueblos y nacionalidades indígenas y afro-ecuatoriana que constituyen el 11% de la población del país.

Frente a esta realidad, desde el año 2007 el gobierno de la Revolución Ciudadana en función del logro del Sumak Kawsay o el Buen Vivir, que constituye la orientaciónética y política que marca el accionar del Estado y sus instituciones, ha definido como prioritario el sector social y particularmente la salud, lo que se expresa entre otros aspectos en un incremento importante del presupuesto7 y en concordancia con el mandato Constitucional, se establece la política de universalidad y gratuidad progresiva de la atención pública de salud. Al ser la salud uno de los elementos más sensibles para el mejoramiento de la calidad de vida, la transformación del sector se constituye en un eje prioritario del desarrollo del país.

El logro de la transformación propuesta implica superar la deuda histórica que tiene el país con el sector salud y cambios profundos en la institucionalidad y las modalidades de prestación de servicios, que requieren estrategias de intervención de corto, mediano y largo plazo para fortalecer el Sistema Nacional de Salud.

En una primera etapa se intervino en el mejoramiento de la infraestructura, equipamiento, recursos humanos, dotación de medicamentos e insumos a las unidades de salud del Ministerio de Salud Pública, con la finalidad de incrementar la cobertura de atención y disminuir el alto gasto para la recuperación de la salud de las familias ecuatorianas. Se inició además con el fortalecimiento del I Nivel de atención con la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud y la constitución de los Equipos Básicos de Salud (EBAS)

La política de gratuidad y la inversión en establecimientos del Ministerio de Salud Pública, incidieron en un incremento significativo de las coberturas de atención, por otro lado se

ha logrado reposicionar los servicios públicos de salud como una alternativa para la resolución de sus necesidades. 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. IV nivel de atención se encuentra la investigación y Centros de Subespecialidad. En este enfoque se enmarca el presente documento, como guía conceptual y práctica de oferta de servicios en el contexto del Sistema Nacional de Salud.

MARCO LEGAL Y NORMATIVO RELACIONADO AL SECTOR SALUD

El país 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, 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.

2.1. Constitución de la República del Ecuador

La Constitución aprobada en el 2008 constituye el marco normativo que rige la organización y vida democrática del país, representa un nuevo pacto social para la garantía y ejercicio de los derechos y responsabilidades en función del logro del Buen Vivir, el Sumak Kawsay.

Desde la perspectiva de una concepción integral de la salud y de la visión integradora del marco constitucional, varios de sus capítulos y articulados establecen derechos y garantías que se relacionan con la generación de condiciones saludables.

ANEXO 3.

LEY ORGANICA DE PARTICIPACION CIUDADANA

TITULO I

PRINCIPIOS GENERALES

Art. 1.- Objeto.

La presente Ley tiene por objeto propiciar, fomentar y garantizar el ejercicio de los derechos de participación de las ciudadanas y los ciudadanos, colectivos, comunas, comunidades, pueblos y nacionalidades indígenas, pueblos afro ecuatoriano y montubio, y demás formas de organización lícitas, de manera protagónica, en la toma de decisiones que corresponda, la organización colectiva autónoma y la vigencia de las formas de gestión pública con el concurso de la ciudadanía; instituir instancias, mecanismos, instrumentos y procedimientos de deliberación pública entre el Estado, en sus diferentes niveles de gobierno, y la sociedad, para el seguimiento de las políticas públicas y la prestación de servicios públicos; fortalecer el poder ciudadano y sus formas de expresión; y, sentar las bases para el funcionamiento de la democracia participativa, así como, de las iniciativas de rendición de cuentas y control social.

Art. 4.- **Principios de la participación**.

La participación de la ciudadanía en todos los asuntos de interés público es un derecho que se ejercerá a través de los mecanismos de la democracia representativa, directa y comunitaria. El ejercicio de los derechos de participación ciudadana y organización social se regirá, además delos establecidos en la Constitución, por los siguientes principios:

Igualdad.- Es el goce de los mismos derechos y oportunidades, individuales o colectivos de las ciudadanas y los ciudadanos, colectivos, comunas, comunidades, pueblos y nacionalidades indígenas, pueblo afro ecuatoriano y montubio, y demás formas de organización lícita, para participaren la vida pública del país; incluyendo a las ecuatorianas y los ecuatorianos en el exterior;

Interculturalidad.- Es el ejercicio de la participación ciudadana respetuoso e incluyente de las diversas identidades culturales, que promueve el diálogo y la interacción de las visiones y saberes delas diferentes culturas;

Plurinacionalidad.- Es el respeto y ejercicio de la participación de las ciudadanas y los ciudadanos, colectivos, comunas, comunidades, pueblos y nacionalidades indígenas, pueblo

afro ecuatoriano y montubio, y demás formas de organización lícita, conforme a sus instituciones y derecho propios;

Autonomía.- Es la independencia política y autodeterminación de la ciudadanía y las organizaciones sociales para participar en los asuntos de interés público del país;

Deliberación pública.- Es el intercambio público y razonado de argumentos, así como, el procesamiento dialógico de las relaciones y los conflictos entre la sociedad y el Estado, como base de la participación ciudadana;

Respeto a la diferencia.- Es el derecho a participar por igual en los asuntos públicos, sin discriminación alguna fundamentada en la etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, identidad de género, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, filiación política, pasado judicial, condición socioeconómica, condición migratoria, orientación sexual, estado de salud, portar VIH, discapacidad, diferencia física; ni por cualquier otra distinción personal o colectiva, temporal o permanente, o de cualquier otra índole;

Paridad de género.- Es la participación proporcional de las mujeres y los hombres en las instancias, mecanismos e instrumentos definidos en la presente Ley; así como, en el control social de las instituciones del Estado para lo cual se adoptarán medidas de acción afirmativa que promuevan la participación real y efectiva de las mujeres en este ámbito;

Responsabilidad.- Es el compromiso legal y ético asumido por las ciudadanas y los ciudadanos de manera individual o colectiva, en la búsqueda del buen vivir;

Corresponsabilidad.- Es el compromiso legal y ético asumido por las ciudadanas y los ciudadanos, el Estado y las instituciones de la sociedad civil, de manera compartida, en la gestión de lo público;

Información y transparencia.- Es el derecho al libre acceso de la ciudadanía a la información pública, en el marco de los principios de responsabilidad y ética pública establecidos en la Constitución y la ley, sin censura previa;

ANEXO 4.

ANALISIS SITUACIONAL DE SALUD ASIS

I. **PRESENTACIÓN DEL INSTRUCTIVO** En el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), la salud es vista en una doble dimensión, como el producto de las condiciones sociales, espirituales y biológicas y a la vez como productora de oportunidades para el buen vivir. El mirar a la salud dentro del contexto social hace que el Modelo esté orientado al cuidado de la salud individual y colectiva, fortaleciendo la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la recuperación y el fortalecimiento de la participación ciudadana. El ASIS constituye una de las principales herramientas conceptuales y metodológicas para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud en el que con la participación de los actores sociales se construye desde lo local el diagnóstico y análisis de la realidad, la identificación de problemas de salud, las prioridades y los medios potenciales para transformar esos problemas a través de la construcción de Planes Locales de Salud (PLS) que desde una perspectiva intersectorial contribuya a la construcción de espacios sociales y ambientales saludables, y en la concreción del Buen Vivir. Este instructivo orienta y apoya la aplicación del MAIS, en la parte que corresponde al Análisis Situacional Integral de la Salud. El ASIS es una herramienta de la gestión de salud que se ha aplicado a lo largo del tiempo, no es nuevo su uso; sin embargo este suele limitarse en muchos casos a la obtención de un diagnóstico situacional del momento, y es construido por miembros de los equipos de salud sin la participación de la comunidad. El producto de esa aplicación del diagnóstico recoge desde un solo punto de vista la problemática de salud de la población. Por otra parte ese diagnóstico no se desarrolla de forma estandarizada por los equipos lo cual dificulta su aprovechamiento. En síntesis, el ASIS se ve como el ejercicio de elaboración de un diagnóstico, y no como un proceso de mayor alcance construido con la comunidad. En este sentido el documento pretende ampliar la comprensión del ASIS, poniendo énfasis en su dimensión metodológica en el marco del Modelo. Una mejor comprensión del ASIS y de sus productos ayuda a mejorar su aplicación e impacto en la gestión de la salud. Se ha construido con la participación de representantes de las subsecretarías de gobernanza de la salud, subsecretaría de promoción, DNPNAS, y profesionales de establecimientos de salud del primer nivel de atención. Este instructivo está dirigido a las autoridades zonales y distritales, a los responsables de los procesos

agregadores de valor de los niveles zonal y distrital, directores de unidades de salud, y a los Equipos de Atención Integral de Salud quienes tienen la responsabilidad de aplicar el ASIS en el territorio.

OBJETIVO DEL INTRUCTIVO OBJETIVO GENERAL Facilitar la comprensión y aplicación del ASIS en lo local, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud para mejorar la gestión de salud con la intervención de la comunidad. OBJETIVOS ESPECÍFICOS Orientar y unificar criterios de aplicación del ASIS. Facilitar los procesos de participación social para la conformación del Comité Local de Salud, y elaboración del Plan Local de Salud. Apoyar a la generación de información relevante y al análisis de los determinantes sociales de la salud tomando en cuenta el contexto sociocultural y el de la salud en los respectivos territorios.

RESPONSABLES DE LA APLICACIÓN DEL ASIS. La aplicación de la metodología del ASIS, requiere el trabajo coordinado a diferentes niveles, partiendo del apoyo y facilitación del proceso que brinda el nivel zonal y distrital al desarrollo de esta metodología y su aplicación en lo local. La retroalimentación del proceso y organización de la información en los distritos y en las zonas se complementa en los diferentes niveles (local – distrital – zonal) para tener una visión panorámica e integrada para intervenir y crear condiciones que apunten al Buen Vivir.

II. DEFINICIÓN DEL ANÁLISIS SITUACIONAL INTEGRAL DE SALUD Y SU LUGAR EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD.

El análisis de situación integral de la salud implica el desarrollo de un proceso metodológico que permite generar, a través de la participación social, información, análisis e intervención sobre la realidad. La metodología permite el desarrollo de actividades que posibilitan construir procesos sociales para la resolución de los problemas de salud y la generación de condiciones saludables. El ASIS es una herramienta que sirve para desarrollar el análisis de la realidad como una condición necesaria para la intervención. La OPS al respecto menciona 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 estas de competencia del sector salud o de otros sectores."

Al ser, también, una herramienta de información, el ASIS permite identificar y

priorizar los problemas, pero también, genera evaluaciones de impacto en salud. La construcción del ASIS tiene varios propósitos: 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. El ASIS, sirve para el desarrollo de procesos de abogacía y de negociación política, así como para la conducción institucional, movilización de recursos, el uso y socialización de información. Esto contribuye "a la toma racional de decisiones para la satisfacción de las principales necesidades de salud de la población con un máximo de equidad, eficiencia y participación social". El desarrollo de la participación social, se da no solo en la construcción de los datos, sino en su validación, priorización, búsqueda de respuestas y en las soluciones.

Un paso importante para esto, es la medición y análisis de las inequidades y determinantes sociales de la salud. El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) plantea un cambio en la comprensión y orientación relacionada con la salud, y un aspecto central es el entender la salud como el resultado de una doble dimensión estrechamente relacionada que viene dada por las condiciones sociales y biológicas que constriñen la salud y el bienestar de la población. Esto puede entenderse como las Determinantes Sociales de la Salud.

Las Determinantes Sociales de la Salud hacen referencia al "conjunto de variables que tienen el potencial para generar protección o daño, es decir, son las condiciones que determinan la salud. Son -también- el conjunto de factores complejos que al actuar de manera combinada determinan los niveles de salud de los individuos y comunidades" (MSP, MAIS, 2012: 31-57). En el marco del ASIS se desarrolla el análisis de las determinantes sociales de la salud para comprender las causas de fondo que inciden en la condición de vida y en la salud de la población, es decir, plantea entender "las causas de las causas" de los problemas de salud para trabajar con la población, y los diversos actores sociales en la solución de esos problemas,

en la transformación de la calidad de vida, en la reducción de las inequidades y en la creación de familias, comunidades y distritos saludables lo cual contribuye a materializar el Buen Vivir o Sumak Kawsay.

III. METODOLOGÍA DE TRABAJO PARA EL DESARROLLO DEL ASIS.

La elaboración del ASIS se sustenta en una metodología participativa y es un proceso dinámico que comprende las siguientes fases: el diagnóstico situacional inicial2 , la identificación y priorización de problemas, la construcción de planes locales y distritales de salud, el seguimiento y evaluación, la construcción de las salas situacionales de salud.

¿Quiénes participan en la elaboración del ASIS? El ASIS debe implementarse en cada establecimiento de salud del primer nivel de atención y es de responsabilidad directa del director/a la coordinación, los EAIS y del resto de integrantes del equipo de salud y los actores comunitarios. Cada equipo de atención integral de salud tiene la responsabilidad de elaborar el diagnóstico inicial del territorio y de la población asignada y el director/ra o su delegado consolidan el diagnóstico de la unidad territorial-poblacional asignada. La dirección distrital consolida los diagnósticos situacionales de los establecimientos de salud de su ámbito de intervención y elabora el diagnóstico situacional distrital La actualización de datos debe realizarse una vez al año.

Fases de aplicación del ASIS:

Primera fase: Producción del Diagnóstico Situacional, siguiendo la estructura (orden de temas) y las pautas que se establecen en este instructivo.

Segunda fase: Conformación y/o fortalecimiento del Comité Local de Salud.

Tercera fase: Socialización y validación del Diagnóstico Situacional, identificación de los problemas y prioridades con los actores locales, elaboración participativa del Plan Local de Salud (PLS).

Cuarta fase: Implementación, acompañamiento y seguimiento del PLS.

Quinta fase: Actualización del diagnóstico dinámico en el contexto de la sala situacional. Evaluación y monitoreo de los resultado.

REVISAR índice: bloques temáticos del diagnóstico situacional páginas 10 a 71.

https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales

ANEXO 5.

MAIS – MODELO DE ATENCION EN SALUD

INTRODUCCIÓN. El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural tiene como desafío consolidar la implementación del modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Integral, trabajar con las familias, desarrollar nuevas formas relacionales, ubicar al usuario en el centro de la atención, instalando buenas prácticas, desarrollando intervenciones orientadas hacia resultados de impacto social. Desde la convicción de que el enfoque biopsicosocial, multidisciplinario e intercultural, son la alternativa para responder de manera más efectiva a las necesidades de las personas, familias y comunidades, contribuyendo a mejorar su calidad de vida. Está dirigido al personal de salud de los establecimientos de la Red Pública de Salud (RPIS) y la Red Complementaria y en esta publicación se ha incorporado las directrices y herramientas para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud en todos los niveles de atención. Ha sido estructurado en base a capítulos, orientados a entregar diferentes conceptos teóricos y prácticos sobre la implementación del modelo.

Capítulo I: Ofrece una visión general del contexto de salud en nuestro País Ecuador.

Capítulo II: Revela la importancia de conocer el marco legal que direcciona la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural MAIS.

Capítulo III: Desarrolla temas relacionados con la parte conceptual que sustenta el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural MAIS.

Capítulo IV: Se ha destinado a revisar los principios, objetivos, objetivos estratégicos para fortalecimiento del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural-MAIS.

Capítulo V: Contiene los componentes que señalan el proceso de implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural MAIS.

Capítulo VI: Incluye lineamientos metodológicos y herramientas de utilidad práctica para desarrollar el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural en el Primer Nivel de Atención. En esta edición, probablemente se llega a cubrir las inquietudes de todos y cada uno de quienes integran los equipos integrales de salud en los tres niveles de atención del Sistema Nacional de Salud. Sería inadecuado pretenderlo, considerando y

validando toda la experiencia que ellos han ganado durante años de desarrollo del modelo de atención en nuestro país, sin embargo, desarrolla conceptos, estrategias, instrumentos y directrices para apoyar a garantizar el derecho a la salud en el Ecuador.

MARCO LEGAL Y NORMATIVO RELACIONADO AL SECTOR SALUD

El país 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, 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. 2.1. Constitución de la República del Ecuador La Constitución aprobada en el 2008 constituye el marco normativo que rige la organización y vida democrática del país, representa un nuevo pacto social para la garantía y ejercicio de los derechos y responsabilidades en función del logro del Buen Vivir, el Sumak Kawsay. Desde la perspectiva de una concepción integral de la salud y de la visión integradora del marco constitucional, varios de sus capítulos y articulados establecen derechos y garantías que se relacionan con la generación de condiciones saludables.

VISIÓN Y MISIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR.

El Ministerio de Salud Pública como la máxima Autoridad Sanitaria (AS), para cumplir con los objetivos del MAIS-FCI, organiza y construye los procesos con la finalidad de definir la ofertar las prestaciones de salud en los tres niveles de atención, cuya misión es la atención integral de las personas, familias y comunidades en un espacio poblacional determinado. Esta es la parte fundamental en la que se asienta la estructura del Sistema Nacional de Salud.

Su MISION es: “Ejercer la Rectoría del Sistema Nacional de Salud a fin de garantizar el derecho a la salud del pueblo ecuatoriano, por medio de la promoción y protección de la salud, de la seguridad alimentaria, de la salud ambiental y del acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia;

Su VISIÓN "Para el año 2020 el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, ejerce la Rectoría del Sistema Nacional de Salud, modelo referencial en Latinoamérica, que garantiza la salud integral de la población y el acceso universal a una red de servicios con la participación coordinada de Organizaciones públicas, privadas y de la comunidad"

MARCO CONCEPTUAL DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR, COMUNITARIO E INTERCULTURAL- MAIS-FCI 3.1. SALUD

El MAIS-FCI asume el concepto de salud dado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Constitución de 1948, define salud como el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales.

La salud entendida en una doble dimensión: como producto de las condiciones sociales y biológicas y a la vez como productor de condiciones que permiten el desarrollo integral a nivel individual y colectivo, se construye en el marco de las condiciones económicas, sociales, políticas, culturales, ambientales, de las formas de relación con los grupos sociales, de las formas en que cada sociedad se organiza para la distribución de los bienes, entre ellos los servicios de salud y de cómo a nivel individual y sobre una base biológica y espiritual se procesan estas condiciones.

En palabras de Del Bosque S. (1998, pp. 20) "La salud se crea donde la gente vive, ama, trabaja, y se divierte: es la integración entre ambientes y gentes, en el proceso de la vida diaria lo que crea un patrón de salud". La salud como productor de desarrollo implica un esfuerzo consciente de los individuos y los grupos sociales, en función del mejoramiento de las condiciones de vida, de la generación de oportunidades, adquiere un papel de cohesión social y puede constituirse en una de las fuerzas que juega un papel constructivo en el proceso de desarrollo social.

El cuidado de la salud es un eje estratégico del desarrollo individual y colectivo, un elemento clave para la consecución del buen vivir. Como señala Betancourt Z. (2011) "la salud y la enfermedad son formas de caminar por la vida" La salud y el enfoque de la Atención Primaria de Salud APS-R están en estrecha relación con la noción de desarrollo humano sustentable, que trasciende el sentido de generación de riqueza económica pues plantea el desarrollo como el logro de bienestar y generación de oportunidades en el presente y para las genera-

ciones futuras.

El bienestar significa la satisfacción de necesidades materiales y espirituales, la potenciación de las capacidades humanas, la libertad, el ejercicio de derechos, la participación, el cuidado de los recursos naturales y los ecosistemas, el reconocimiento y respeto a la diversidad, es decir, el mejoramiento de la calidad de vida. Citando a Max N. (1986), "el mejor proceso de desarrollo será aquel que permita elevar más la calidad de vida de las personas" La Constitución Ecuatoriana, desde una visión integral de la salud (Capítulo segundo, Art. 32) reconoce la salud como un derecho fundamental que tiene que ser garantizado por el Estado y cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos que sustentan el Buen Vivir

En este marco, el MAIS-FC se orienta a la construcción, cuidado y recuperación de la salud en todas sus dimensiones: biológicas, mentales, espirituales, psicológicas y sociales, Y pone en el centro de su accionar la garantía del derecho a la salud de las personas, las familias, la comunidad y desde este enfoque organiza las modalidades y contenidos de la prestación de servicios integrales, la articulación intersectorial y la participación ciudadana.

DETERMINANTES DE LA SALUD

Se denomina al conjunto de procesos que tienen el potencial para generar protección o daño, para la salud individual y colectiva. Factores complejos que al actuar de manera combinada determinan los niveles de salud de los individuos y comunidades. Se refiere a las interacciones entre las características individuales, los factores sociales y económicos, y los entornos físicos, en estrecha relación con la distribución de la riqueza en la población y no solo con su producción. (Health Canadá 2000) Los determinantes de salud que el MAIS-FCI lo asume es el modelo elaborado por la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS son: APS-R, Atención Primaria en Salud-Renovada.

http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf

ANEXO 5 - FICHA FAMILIAR MAIS

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	CODIGO UO	AREA Nº	CODIGO LOCALIZACIÓN			NUMERO DE FICHA FAMILIAR	
				PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA		
								1 INFORMACIÓN GEO REFERENCIADA

PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	SECTOR	MANZANA	# DE FAMILIA	DIRECCIÓN HABITUAL DE LA FAMILIA (CALLES O REFERENCIA)	LATITUD LONGITUD ALTITUD

BARRIO	NUMERO DE CASA	COMUNIDAD	GRUPO CULTURAL	NOMBRE Y APELLIDO DEL JEFE DE FAMILIA	NUMERO DE TELÉFONO	FECHA DE LLENADO	NUMERO DE CARPETA

NUMERAR CADA AÑO, AL REALIZAR LA ACTUALIZACION

2 MIEMBROS DE LA FAMILIA POR GRUPOS DE EDAD

ACTUALIZAR LOS DATOS CADA 12 MESES EN UNA NUEVA CARPETA

GRUPO	APELLIDOS Y NOMBRES	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	OCUPACIÓN	SEXO		ESCOLARIDAD					ESQUEMA COMPLETO DE VACUNAS		SALUD BUCALRIESGO, ENFERMEDAD O DISCAPACIDAD NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA NUMERO DE CEDULA DE CIUDADANIA
					H	M	SIN	BAS	BACH	SUP	ESP	SI	NO	SINO
MENOR 1 AÑO														
1 - 4 AÑOS														
5 - 9 AÑOS														
10 - 19 AÑOS														

20 - 64 AÑOS														
65 AÑOS Y MAS														
					TOTALES									

GRUPO	APELLIDOS Y NOMBRES	FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION	FECHA PROBABLE DEL PARTO	SEMANAS DE GESTACIÓN	DOSIS DE VACUNACIÓN dT			ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS			ANTECEDENTES PATOLÓGICOS OBSTÉTRICOS
					PRIMERA	SEGUNDA	REFUERZO	GESTAS	PARTOS	ABORTOS	CESÁREAS
EMBARAZADAS											

3 MORTALIDAD FAMILIAR — REGISTRAR SOLO LOS FALLECIDOS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD AL FALLECER	CAUSA

4 RESPONSABLE DEL LLENADO

NOMBRE Y APELLIDO CÓDIGO FIRMA

FICHA FAMILIAR - ANAMNESIS

SNS-MSP / HCU-anexo 1 / 2008 (hoja 1)

5 CALIFICACION DEL RIESGO FAMILIAR

GRUPOS DE RIESGO Y COMPONENTES			FECHAS DE CALIFICACION					

CALIFICACION DEL RIESGO - RANGO POR COMPONENTE: 0=SIN RIESGO 1= RIESGO MUY BAJO 2= RIESGO BAJO 3= RIESGO MODERADO 4= RIESGO ALTO

A	1	PERSONAS CON VACUNACION INCOMPLETA						
RIESGOS BIOLÓGICOS	2	PERSONAS CON MALNUTRICIÒN (SOBREPESO O DESNUTRICIÓN)						
	3	PERSONAS CON ENFERMEDAD DE IMPACTO						
	4	EMBARAZADAS CON PROBLEMAS						
	5	PERSONAS CON DISCAPACIDAD						
	6	PERSONAS CON PROBLEMAS MENTALES						
B	7	CONSUMO DE AGUA INSEGURA						
RIESGOS SANITARIOS	8	MALA ELIMINACIÓN DE BASURA Y EXCRETAS						
	9	MALA ELIMINACIÓN DE DESECHOS LIQUIDOS						
	10	IMPACTO ECOLÓGICO POR INDUSTRIAS						
	11	ANIMALES INTRA DOMICILIARIOS						
C	12	POBREZA						
RIESGOS SOCIO-ECONOMICO	13	DESEMPLEO O EMPLEO INFORMAL DEL JEFE DE FAMILIA						
	14							

		ANALFABETISMO DEL PADRE O LA MADRE											
	15	DESESTRUCTURACION FAMILIAR											
	16	VIOLENCIA / ALCOHOLISMO / DROGADICCION											
	17	MALAS CONDICIONES DE LA VIVIENDA											
	18	HACINAMIENTO											

					TOTAL					TOTAL		TOTAL
NIVEL DE RIESGO TOTAL	SIN RIESGO	BAJO	MEDIO	ALTO		SIN RIESGO	BAJO	MEDIO	ALTO		SIN RIESGO	**BAJO** MEDIO ALTO SIN RIESGO
CALIFICACION (SUMAR EL VALOR DEL RIESGO DE LOS COMPONENTES EN LA CELDA DE "TOTAL" Y MARCAR "X" EN LA CELDA CORRESPONDIENTE SEGÚN EL RANGO TOTAL)												

CALIFICACION DEL RIESGO - RANGO TOTAL: 0= SIN RIESGO 1 - 14 = RIESGO BAJO 15 - 34= RIESGO MEDIO 35 - 72= RIESGO ALTO

RESPONSABLE DE LA CALIFICACION				

SNS-MSP / HCU-anexo 1 / 2008 (hoja 2)

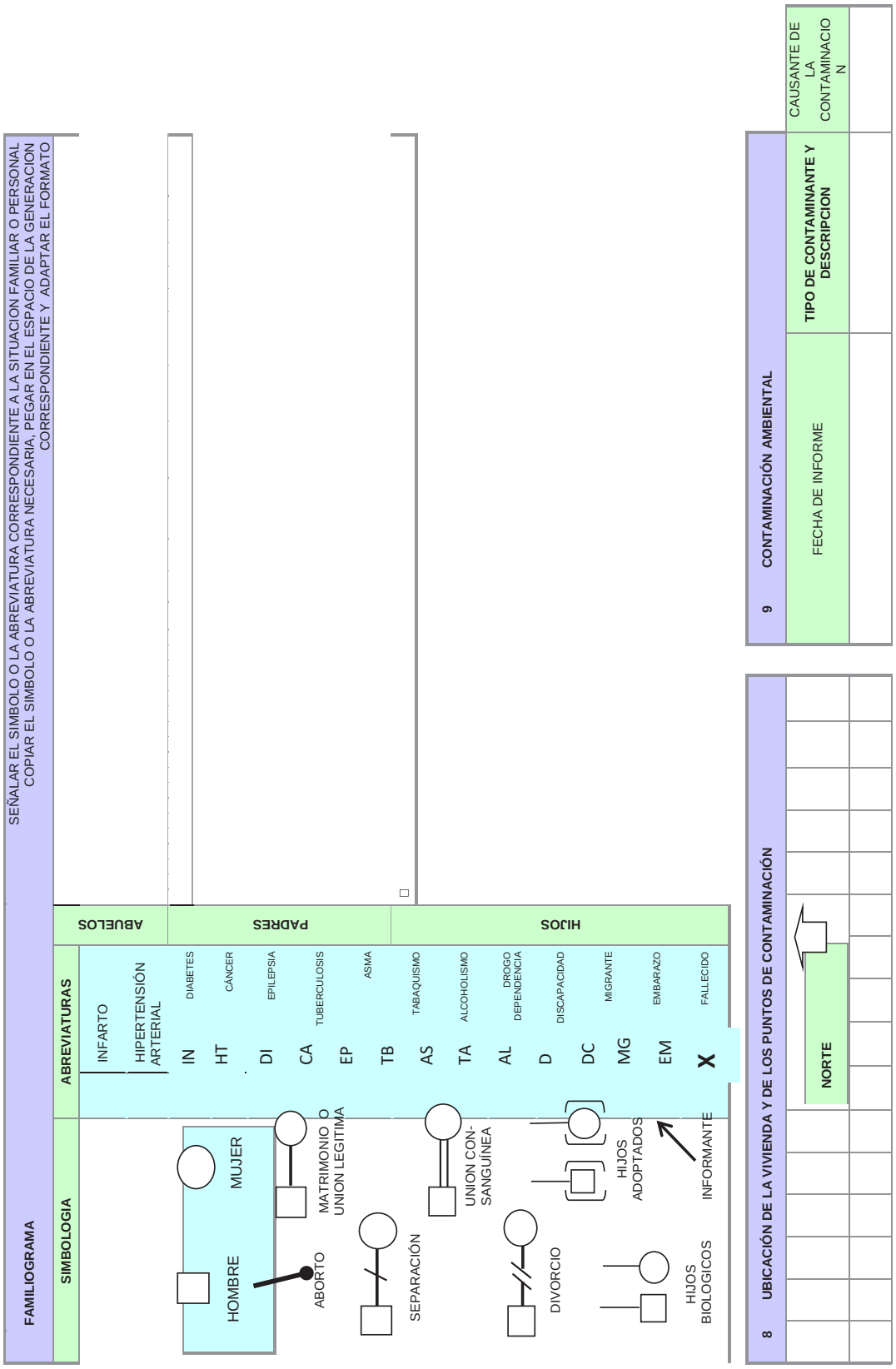
FICHA FAMILIAR - RIESGOS

6	EVOLUCION DE LA GESTION DEL RIESGO FAMILIAR

RIESGO		ACTIVIDADES PROGRAMADAS		EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS	
FECHA DE ANALISIS	NUMERO	COMPROMISO DE LA FAMILIA	COMPROMISO DEL EQUIPO DE SALUD	FECHA DE EVALUACION	**SI** CUMPLENO CUMPLE PARCIAL CAUSAS DE INCLUMPLIMIENTO Y OBSERVACIONES RESPONSABLE

SNS-MSP / HCU-anexo 1 / 2008 (hoja 3)

FICHA FAMILIAR - EVOLUCION


FAMILIOGRAMA
SEÑALAR EL SIMBOLO O LA ABREVIATURA CORRESPONDIENTE A LA SITUACION FAMILIAR O PERSONAL
COPIAR EL SIMBOLO O LA ABREVIATURA NECESARIA, PEGAR EN EL ESPACIO DE LA GENERACION
CORRESPONDIENTE Y ADAPTAR EL FORMATO
SIMBOLOGIA
ABREVIATURAS
INFARTO
HIPERTENSIÓN ARTERIAL
IN DIABETES
HT CÁNCER
DI EPILEPSIA
CA TUBERCULOSIS
EP ASMA
TB TABAQUISMO
AS ALCOHOLISMO
TA DROGO DEPENDENCIA
AL DISCAPACIDAD
D MIGRANTE
DC EMBARAZO
MG FALLECIDO
EM
X
ABUELOS
PADRES
HIJOS
HOMBRE
MUJER
ABORTO
MATRIMONIO O UNION LEGITIMA
SEPARACIÓN
UNION CON-SANGUINEA
DIVORCIO
HIJOS ADOPTADOS
HIJOS BIOLOGICOS
INFORMANTE
8 UBICACIÓN DE LA VIVIENDA Y DE LOS PUNTOS DE CONTAMINACIÓN
NORTE
9 CONTAMINACIÓN AMBIENTAL
FECHA DE INFORME
TIPO DE CONTAMINANTE Y DESCRIPCION
CAUSANTE DE LA CONTAMINACION

10	LUGAR O PERSONA A LA QUE ACUDEN PARA TRATAMIENTO

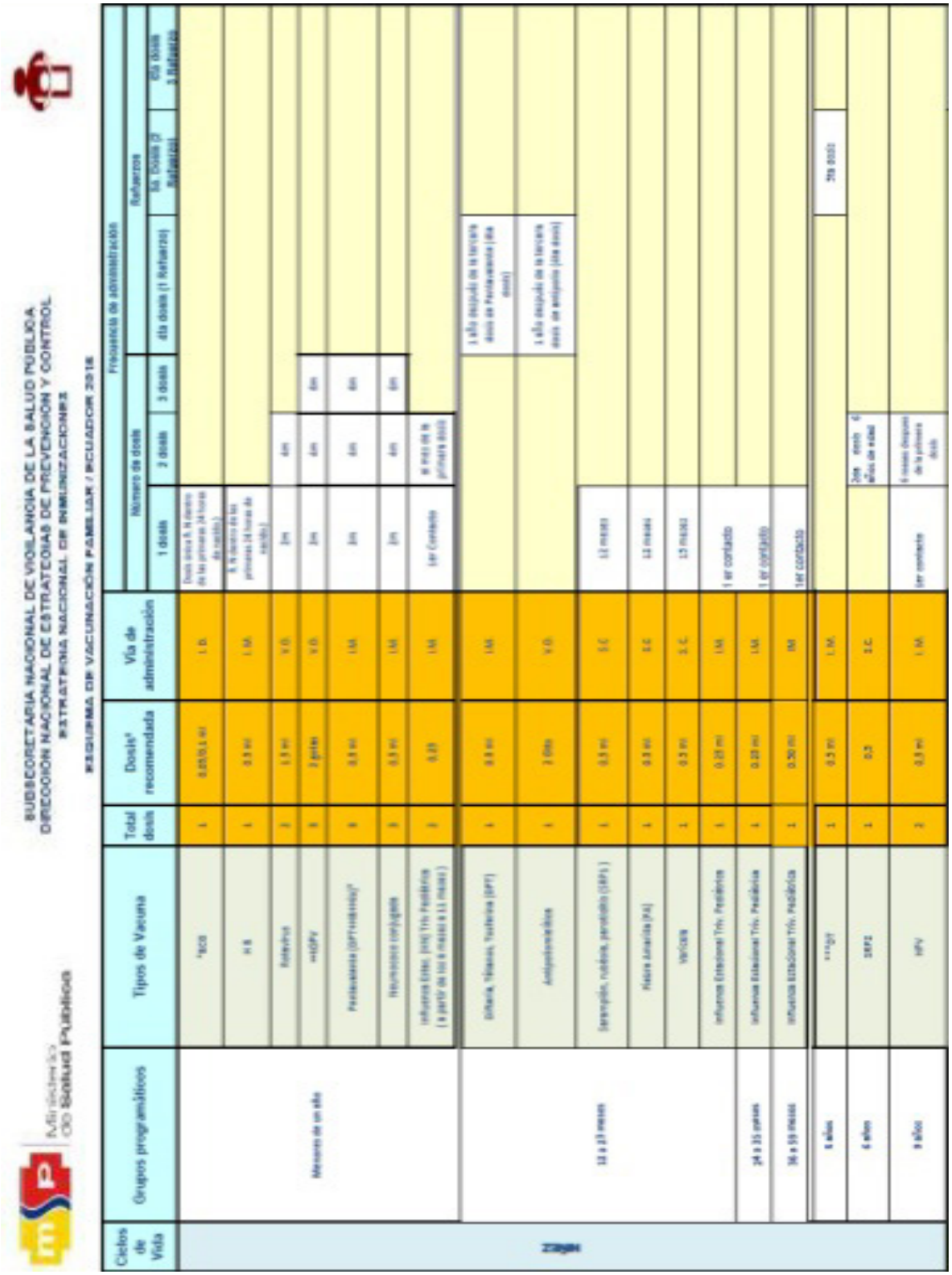
FICHA FAMILIAR - FAMILIOGRAMA Y CONTAMINACION

SNS-MSP / HCU-anexo 1 / 2008 (hoja 4)

ANEXO 6.

ESQUEMA DE VACUNACION

Ministerio de Salud Pública



SUBSECRETARIA NACIONAL DE VIGILANCIA DE LA SALUD PÚBLICA
DIRECCIÓN NACIONAL DE ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL
ESTRATEGIA NACIONAL DE INMUNIZACIONES

ESQUEMA DE VACUNACIÓN FAMILIAR / ECUADOR 2016

Ciclos de Vida	Grupos programáticos	Tipos de Vacuna	Total dosis	Dosis* recomendada	Vía de administración	Frecuencia de administración					
						Número de dosis			Refuerzos		
						1 dosis	2 dosis	3 dosis	4ta dosis (1 Refuerzo)	5a. Dosis (2 Refuerzo)	6ta dosis 3 Refuerzo
Niñez	Menores de un año	*BCG	1	0,05/0,1 ml	I. D.	Dosis única R. N dentro de las primeras 24 horas de nacido.)					
		H B	1	0,5 ml	I. M.	R. N dentro de las primeras 24 horas de nacido.)					
		Rotavirus	2	1,5 ml	V.O.	2m	4m				
		**HOPV	3	2 gotas	V.O.	2m	4m	6m			
		Pentavalente (DPT+HB+Hib)*	3	0,5 ml	I.M.	2m	4m	6m			
		Neumococo conjugada	3	0,5 ml	I.M.	2m	4m	6m			
		Influenza Estac. (HN) Triv Pediátrica (a partir de los 6 meses a 11 meses)	2	0,25	I.M.	1er Contacto	el mes de la primera dosis				
	12 a 23 meses	Difteria, Tétanos, Tosferina (DPT)	1	0,5 ml	I.M.				1 año después de la tercera dosis de Pentavalente (4ta dosis)		
		Antipoliomielítica	1	2 Gtts	V.O.				1 año después de la tercera dosis de antipolio (4ta dosis)		
		Sarampión, rubéola, parotiditis (SRP1)	1	0,5 ml	S.C.	12 meses					
		Fiebre Amarilla (FA)	1	0,5 ml	S.C.	12 meses					
		Varicela	1	0,5 ml	S. C.	15 meses					
		Influenza Estacional Triv. Pediátrica	1	0,25 ml	I.M.	1 er contacto					
	24 a 35 meses	Influenza Estacional Triv. Pediátrica	1	0,25 ml	I.M.	1 er contacto					
	36 a 59 meses	Influenza Estacional Triv. Pediátrica	1	0,50 ml	IM	1er contacto					
	5 años	***DT	1	0,5 ml	I. M.					5ta dosis	
	6 años	SRP2	1	0,5	S.C.		2da dosis 6 años de edad				
	9 años	HPV	2	0,5 ml	I. M.	1er contacto	6 meses despues de la primera dosis				

ANEXO 7.

Formularios ENI. Gráficos, coberturas y monitoreo

GRAFICOS, COBERTURAS, METAS, MONITOREO, SOLICITUD DE BIOLOGICOS Y JERINGUILLAS.

SITUACION ENI

Usted, como profesional de enfermería le corresponde realizar tareas técnicas administrativas en el primer nivel de atención, considerado este de prevención; entre los programas del MSP que se ejecutan está el ENI, en él se deben realizar monitoreos mensuales, trimestrales, semestrales y anuales.

EJERCICIO: La unidad operativa que le asignaron tiene una población de 28.305 habitantes, en ella se encuentra el grupo de los menores de 1 año que son 538, considerada la meta anual el 100%; el equipo de salud del Distrito 13D01 realiza una supervisión y encuentra los siguientes datos en el primer trimestre del 2017. Enero 4%; febrero 6%; marzo 6%.

Realizando una revisión de los saldos de biológicos en el banco de vacunas se puede observar que en diciembre del 2016 existían 10 dosis de BCG.

Pregunta:
¿Cuántos niños fueron vacunados? _____

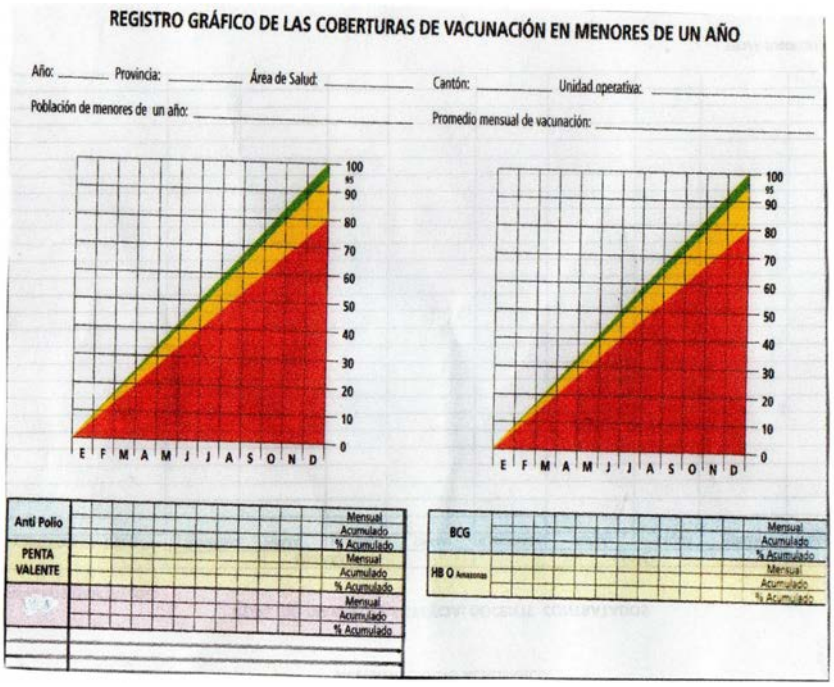
¿Cuántos faltan por vacunar? _____

¿Cuántos niños se debieron vacunar en el mes de abril, incluidos los rezagados y los que correspondían a ese mes? _____

Con estos datos debe llenar los formularios que se presentan a continuación.

_____
Firma del estudiante

1. Iniciar con la revisión del formulario de solicitud de biológicos y jeringuillas.
2. Revisar monitoreo mensual.
3. Registro de gráfico y coberturas de vacunación mensual.



DIRECCION ZONAL DE SALUD DE MANABI
ESTRATEGIA NACIONAL DE INMUNIZACION (ENI)

MANABI 2017 DISTRITO 13D01- PORTOVIEJO - STO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS

	ACTIVIDADES PROGRAMADAS		META			EJECUTADO			MONITOREO TRIM.		EJECUTADO			MONITOREO TRIM.		EJECUTADO			MONITOREO TRIM.		EJECUTADO			MONITOREO TRIM		
			ANUAL	TRIM	MENSUAL	ENERO	FEBRERO	MARZO	ACUMULADO	COBERTURA	ABRIL	MAYO	JUNIO	ACUMULADO	COBERTURA	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	ACUMULADO	COBERTURA	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL TRIM	ACUMULADO	COBERTURA
MENORES DE 1 AÑO																										
VACUNAS	BCG	1																								
	HB	1																								
	ROTAVIRUS	1																								
		2																								
	OPV	1																								
		2																								
		3																								
	PENTA	1																								
		2																								
		3																								
	NEUMO. CONJ.	1																								
		2																								
12 A 23 MESES																										
VACUNAS	SRP	1																								
	FA	1																								
	VARICELA	1																								
	REF OPV	1																								
	REF DPT	1																								
	NEUMOCOCO-CO DECAV.	1																								
	INFLUENZA.PED.	1																								
ESCOLARES (5,6,10, 11 AÑOS)																										
VACUNAS	DT. 5 AÑOS	1																								
	VARICELA 6 AÑOS	1																								
	SRP 2 (6 AÑOS)	1																								
	VARICELA 10 AÑOS	1																								
	HB 11 AÑOS	1																								
EMBARAZADAS																										
VACUNAS	dt. (Embarazada)	1																								
		2																								
		REF																								
	dt. (No Embarazada)	1																								
		2																								
		REF																								

MATRIZ DE SOLICITUD DE BIOLOGICOS Y JERINGUILLAS

ANEXO 1
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
ESTRATEGIA NACIONAL DE INMUNIZACION
INFORME Y SOLICITUD MENSUAL O TRIMESTRAL DE BIOLOGICOS Y JERINGUILLAS

INFORME DEL MES DE:_____TRIMESTRE:_____AREA:_____RESPONSABLE:_____
SOLICITUD PARA EL MES DE:_____TRIMESTRE:_____UNIDAD OPERATIVA:_____

		INGRESOS			EGRESOS				REQUERIMIENTO		
No.	BIOLOGICOS Y JERINGUILLAS	SALDO ANTERIOR	RECIBIDO ULTIMO MES	TOTAL DISPONIBLE	DOSIS APLICADAS	PERDIDA DE VACUNAS EN FRASCO NO	PERDIDA DE VACUNA EN FRASCO ABIERTO	TOTAL EGRESOS	SALDO ACTUAL	NECESIDAD PROXIMO MES	PEDIDO PROXIMO MES
								BIOLOGICO	BIOLOGICO	BIOLOGICO	BIOLOGICO
		1	2	3 (1 +2)	4	5	6	7 (4+5+6)	8 3-(7)	9	10 9-(8)
1	**BCG - LIOFILIZADA**										
	26 G X 3/8 1ml o 27 G										
2	**PENTAVALENTE (DPT, HIB, HB)**										
	23 G X 1'' (0,5ml)/ 1 ml										
3	**NEUMOCOCO CONJUGADA**										
	23 G X 1'' (0,5ml)/1ml										
4	**ANTIPOLIO**										
5	**ROTAVIRUS**										
6	**SRP1**										
	25 G X 5/8 (0,5ml)										
7	**HPV**										
	25 G X 5/8 (0,5ml)										
	22 G X 1'' 1/2 (5ml)										
8	**DPT**										
	23 G X 1'' (0,5ml)/1ml										
9	**SR**										
	25 G X 5/8 (0,5ml)										
	22 G X 1'' 1/2 (5ml)										
10	**VARICELA**										
	25 G X 5''/8 (0,5ml)										
	22 G X 1'' 1/2 (5ml)										
11	**DT**										

	23 G X 1'' (0,5ml)										
12	**dT**										
	22 G X 1'' 1/2 (5ml)										
13	**HB ADULTOS**										
	22 G X 1'' 1/2 (1ml)										
14	**HB PEDIATRICA**										
	23 G X 1'' (0,5ml)/1ml										
15	**NEUMOCOCO POLISACARIDO**										
	23 G X 1'' (0,5ml)										
16	**FA**										
	25 G X 5''/8 (0,5ml)										
	22 G X 1'' 1/2 (5ml)										
17	**MENINGOCOCO**										
	25 G X 5/8 (0,5ml)										
18	**INFLUENZA ADULTO**										
	23 G X 1'' (0,5ml)										

Elaborado: Responsable del PAI

Jefe de Distrito

Director Provincial de Salud

ANEXO 8

SIVE ALERTA.

5.5. DIFUSIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se utilizarán como mecanismos de difusión de acuerdo al resultado del análisis y evaluación de la información captada de fuentes formales e informales a través de: la sala situacional, página web del MSP, gacetas, boletines, anuarios, carteleras, reuniones de evaluación, reportes escritos de las investigaciones de brotes y epidemias, etc. Cuando el caso lo amerite se emitirán avisos, notas informativas, comunicados y alertas epidemiológicas.

6. INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Recuerde: las fuentes que ayudan a detectar los brotes son:

1. Análisis rutinario de morbilidad y mortalidad.
2. Identificación de casos en servicios de salud del sector público o privado.
3. Información proporcionada por medios de comunicación local o nacional.
4. Notificación de instituciones públicas o privadas (empresas, establecimientos educativos, guarderías, etc.).
5. Denuncias de la comunidad en general (Rumores)

La investigación epidemiológica se basa en la metodología de investigación de brotes y epidemias que cumple los siguientes pasos:

1. **Confirmar la ocurrencia del brote o epidemia**; una vez cumplida esta actividad se debe:
    - Notificar en forma inmediata y mantener la notificación diaria mientras continúe el brote o epidemia; la notificación ante la sospecha o confirmación de un brote es importante porque:
    - El brote puede ser la primera manifestación de una situación de epidemia de amplias dimensiones que sobrepase el nivel local. ◊
    - El brote ante el cual nos encontramos pudiera ser la manifestación en nuestra comunidad de un brote que esta efectivamente ocurriendo en otro lugar.

- Es posible que las medidas de control ya están disponibles y hayan sido tomadas y comprobadas su efectividad. Permite evaluar la capacidad de respuesta, la necesidad de asesoramiento y el apoyo técnico y administrativo para la investigación e intervención.

2. **Organizar el trabajo de campo**; (equipo de pronta respuesta para el apoyo en la investigación) las unidades operativas dentro de su organización interna deberán tener un plan local de emergencia en el que se identifique las personas que integrarán el equipo de campo (este equipo de campo estará sujeto a la disponibilidad de recurso humano), las necesidades de equipos de protección personal, los insumos que requieren para la toma de muestras de laboratorio.

   - Comentarios espontáneos no confirmados provenientes de la comunidad, sus líderes o a través de los medios masivos de comunicación, asociados a la aparición de casos o muertes no percibidas anteriormente.

   - En los distritos y las provincias se activará el Equipo de Pronta Respuesta (EPR) conformados básicamente por personal de epidemiología, gestión de riegos, control sanitario, laboratorio y en algunos se han incluido al personal de nutrición y salud mental; este equipo es el responsable de la investigación, evaluación y respuesta inmediata ante eventos e importancia en Salud Pública.

3. Establecer una definición operacional de caso;

   - una definición de caso es una estandarización de criterios empleada para decidir si se clasifica como caso a cada individuo que se sospecha tiene la enfermedad;

   - es necesario precisar una definición de caso para la investigación y captación de casos;

   - la definición de caso no siempre es exactamente a la establecida en la bibliografía sino que puede variar dependiendo de la evolución del brote.

   - Para establecer la definición de caso se deberá tomar en cuenta criterios de inclusión, exclusión o restricción en relación a las manifestaciones clínicas, hallazgos de laboratorio y aspectos epidemiológicos;

   - esta definición debe ser clara y sencilla para que permita detectar todos los posibles casos.

4. **Realizar la búsqueda activa de casos**; se realiza en las primeras 48 horas de conocido el evento: una vez que se ha confirmado la ocurrencia del brote, se ha establecido la definición operacional de caso sospechoso se inicia la búsqueda de casos en campo. Los métodos y los instrumentos de búsqueda dependen del evento y del escenario, por lo que usted podrá utilizar: la Ficha de Búsqueda activa comunitaria, institucional, matriz de sistematización para Enfermedades Transmitidas por Agua y alimentos (ETAS), ficha de investigación clínico epidemiológica y otras dependiendo de la necesidad.

5. Caracterizar el brote en tiempo, espacio y persona; -

   - **TIEMPO**: para la caracterización en tiempo se realiza la curva epidémica, para establecer la duración del brote, definir su naturaleza y estimar el periodo probable de exposición para lo cual se puede manejar horas, días, semanas. La duración del brote está dada por la capacidad infectiva del agente, el modo de transmisión la intensidad de la exposición, el período de incubación y la efectividad de las medidas de control inmediatas. La naturaleza del brote puede ser de fuente común es decir varias personas expuestas simultáneamente a una fuente de infección o de fuente propagada que puede guiar a la sospecha de transmisión de persona a persona.

   - **LUGAR**: se establece la distribución geográfica de los casos, esta caracterización dependerá del brote es decir en algunos casos se hará referencia a la procedencia de la persona enferma, local de trabajo, posición con referencia a cercanía de ríos, fuentes de agua, pozos, relleno sanitario, etc. Este punto permite detectar inicialmente la etiología, exposición, propagación.

   - **PERSONA**: caracterizar a la persona incluye la distribución de los casos por edad y sexo, condición (vivo o muerto), evolución (hospitalizado, ingreso a UCI, ambulatorio), factores de riesgo, etc.

6. **Generar hipótesis y adoptar medidas de control inmediato**; para este paso se debe realizar un análisis de la información clínica y epidemiológica (tiempo, lugar y persona) recolectada hasta ese momento, en conjunto la información debe permitir establecer: la fuente probable del agente causal, modo de transmisión y la exposición asociada a mayor riesgo de enfermar. A partir de estas hipótesis se debe establecer inmediatamente las medidas provisionales de control dirigidas a la fuente, modo de

transmisión y grupo de riesgo.

Ejemplo 1;

- si la hipótesis indica que la fuente común es un alimento o pozo de agua contaminada las medidas de control se enfocarán en la eliminación, supresión o descontaminación de la fuente.

Ejemplo 2;

- Si la hipótesis sugiere la transmisión de persona a persona como en el sarampión las medidas de control deben estar dirigidas a la fuente de infección es decir a los enfermos y la protección de los susceptibles o los contactos.

7. **Evaluar las hipótesis aplicando métodos de análisis exploratorio**; el análisis epidemiológico más apropiado para la evaluación es el estudio de casos y controles; tanto en los casos como en los controles se estudia la historia de exposición y se hace la comparación de la prevalencia de la exposición en ambos grupos.

8. Poner en marcha las medidas de control específicas; con toda la evidencia recogida, la actualización de los datos y la evaluación preliminar de las medidas implementadas, se definirán las medidas de control especificas dependiendo del brote, generalmente se aplican las siguientes:

   a. Al caso aislado la provisión de tratamiento, cuidados para minimización de secuelas y la rehabilitación como en el caso de un brote de una enfermedad que pudiera dejar secuelas como la Poliomielitis.

   b. Si la transmisión es de persona a persona se deberá proteger a los contactos estableciendo medidas de bioseguridad estrictas (uso de mascarillas, guantes, etc.), profilaxis medicamentosa, vacunación de bloqueo, etc.

   c. Si el brote es de fuente común la eliminación, remoción y descontaminación la fuente.

9. Evaluar las medidas de control; luego que se han realizado todas las medidas de control se debe realizar el monitoreo de la situación analizando el aparecimiento de casos nuevos, en nuevos lugares, casos más graves.

10. Elaborar el informe técnico de investigación de campo; este documento es el resultado de la actualización de los informes diarios durante el brote y sintetiza las activ-

idades de investigación, contención, control y conclusión del brote o epidemia; el informe es considerado un documento científico, de interés en todos los niveles.

DIRECTRICES PARA EL TRABAJO OPERATIVO EN INVESTIGACIÓN DE CAMPO

1. Aplicación de ficha de investigación: una vez identificado el/los eventos se inicia la investigación dentro de las primeras 24 horas, aplicando la ficha de investigación clínico – epidemiológica en los eventos que corresponda (ver anexo 1), la misma que se llena en forma progresiva de conformidad con el avance del proceso de investigación.

2. Toma, envío y procesamiento de muestras al laboratorio: en la investigación de los brotes y epidemias debe incluirse la obtención de muestras de laboratorio necesarias para su confirmación de acuerdo a las normas establecidas para ello y se enviarán al 25 laboratorio de referencia correspondiente de acuerdo a la nueva estructura del INSPI; los resultados de laboratorio se reportarán al Distrito en un máximo de tiempo de acuerdo a la patología y al tipo de examen solicitado, se estima dos días, entre la fecha de toma de muestra y la fecha de recepción de la muestra en el laboratorio de referencia dependiendo del evento que se investiga; se estima tres días, entre la fecha de recepción de la muestra en el laboratorio y la fecha de entrega de resultado. Este valor puede variar dependiendo del tipo de procedimiento que se utilice para el análisis de la muestra. Si la patología causante del brote corresponde a una de las enfermedades de notificación inmediata, se seguirá el flujo descrito en el EPI 1 Individual (sección 5.4.1), si no corresponde a estos eventos, se realizará el pedido de análisis al laboratorio utilizando la Solicitud de exámenes de laboratorio de la historia clínica única, y se enviará este pedido junto con la muestra al laboratorio de referencia correspondiente. Se sigue este mismo procedimiento para el pedido de análisis por laboratorio de otras muestras como: alimentos, agua, animales, etc. Dependiendo de la evolución del paciente y en casos de fallecimiento que se desconoce la causa o está asociado a un brote, enfermedad infectocontagiosa o evento inusitado; es responsabilidad del epidemiólogo distrital asesorar al equipo de la unidad operativa en la toma, conservación y envío de muestras; por ejemplo: tomar inmediatamente muestras de órganos, fluidos, etc.

3. Procesamiento y análisis de datos: con la información proveniente del Subsistema de Vigilancia Epidemiológica SIVE-Alerta, a través de la información recolectada en sus diferentes instrumentos, el epidemiólogo distrital realiza el procesamiento, análisis e interpretación de los datos tomando en cuenta: la vigilancia de rutina y la que se realiza ante la ocurrencia de brotes y epidemias a través de las variables de caracterización del evento investigado como son: tiempo, lugar y persona con el propósito de: En brotes y epidemias:

   a) Establecer las tendencias de la enfermedad a fin de detectar incrementos, descensos y/o la estabilización que pueda ocurrir en su comportamiento:

   - En períodos inmediatamente anteriores en la misma localidad;
   - En períodos iguales (mismo mes) de años anteriores en la misma área;
   - En períodos iguales en distintos lugares;
   - Según el lugar de ocurrencia.

   b) Identificar los factores de riesgo con el posible incremento o descenso de casos o defunciones.

   c) Identificar las áreas y grupos de alto riesgo en los que se pueden aplicar las medidas de control, mediante mapa de riesgo que permita observar la distribución geográfica del evento para uso no solo del equipo de salud sino de la comunidad.

Considerar: *Para sistematizar y analizar la información de la investigación de brotes/epidemias de eventos relacionadas con enfermedades trasmitidas por agua y alimentos (las que no utilizan EPI individual y ficha de investigación -ver Anexo 1) se utilizará como herramienta para la sistematización de la información la matriz que consta en el anexo 8.*

En el procesamiento de información regular del sistema de vigilancia: Para la sistematización de todo tipo de información se utilizan los siguientes cuadros y gráficos:

- Número de casos y distribución porcentual de eventos sujetos a vigilancia notificados por distritos (según cantones y parroquias).
- Tendencia semanal, mensual y gráfico de la curva epidémica de las enfermedades

y eventos sujetos a vigilancia (un gráfico para cada grupo de enfermedades).

- Distribución por grupos de edad y sexo.
- Distribución geográfica de problemas prioritarios.
- Cada mes se analiza en los Distritos, la proporción de muertes por enfermedades de notificación inmediata
- Actualización de la sala situacional a nivel zonal, provincial y por distritos (según cantones y parroquias).
- Al final de cada año se consolida la información aplicando todas las variables de interés epidemiológico.

4. Elaboración de informes: el informe final de cualquiera de los eventos vigilados en el SIVE – Alerta, debe contener información básica para caracterizar el comportamiento epidemiológico de la enfermedad (distribución del evento por tiempo, lugar y persona), las causas del problema, las intervenciones realizadas, las dificultades y los resultados obtenidos, así como también las recomendaciones adicionales que se deberían hacer. Los informes deben ser instrumentos de retroalimentación entre los niveles desconcentrados y deben en lo posible no solo recoger lo que hacen los equipos de salud, sino también lo que sucede en la comunidad. A continuación se presenta una guía que se debe tener presente al elaborar los informes epidemiológicos diarios o preliminares y finales:

4.1 Informe preliminar/diario: es el reporte que se realiza inmediatamente de confirmada la ocurrencia del evento y debe contener al menos la siguiente información:

a. Ubicación geográfica: describir la localidad y dirección exacta donde ocurrió el brote, además especificar si el brote ocurrió en alguna institución, evento social, evento religioso, etc.

b. Caracterización de los afectados en tiempo, lugar y persona.

c. Condición de los afectados: total de casos, número de fallecidos, de hospitalizados, ingresos a UCI.

d. Sospecha (hipótesis iniciales): posible agente causal, fuente de infección y modo de transmisión.

e. Laboratorio: tipo y número de muestras tomadas y enviadas al laboratorio (especificando el nombre del laboratorio de referencia.

f. Medidas de control establecidas hasta ese momento en función de la sospecha.

4.2 Informe final: se realiza cuando se ha controlado el evento y es el resultado de las actualizaciones diarias que se realizaron desde el inicio, este informe, debe contener como mínimo la siguiente información:

1. Antecedentes: breve descripción geográfica de la zona.

2. Perfil epidemiológico de la zona, orientándose al tipo de evento que estamos investigando.
a. ¿Cuántos casos del problema existen?

b. ¿Cuándo ocurre generalmente? ¿En una época particular del año, en una semana determinada, en un día especial?

c. ¿Dónde ocurren? ¿Se limita a un área en particular?

d. ¿Quiénes son los más afectados?

3. Organización del trabajo de investigación.

4. Definición operacional de caso establecida.

5. Resultados de la búsqueda activa de casos (institucional y comunitaria).

6. Ampliación de la caracterización del evento del brote en tiempo, espacio y persona a través de: Presentación de la información en tablas, gráficos y mapas.

7. Resultados de hipótesis

a. ¿Por qué ocurrió el problema?

b. ¿Cuál fue el agente causal, la fuente de infección y el modo de transmisión del brote o epidemia o cuál fue la causa del desastre?

c. ¿Qué factores o procesos socio-económicos, demográficos, ecológicos, culturales (estilos de vida), de cobertura o acceso a servicios, etc. están asociados al problema? d. ¿Qué factores de riesgo y exposición existen y/o existieron?

8. Medidas tomadas

a. ¿Qué clase de medidas se tomaron para solucionar el problema?

b. ¿Qué resultados se obtuvo? ¿Qué dificultades encontró al tratar de solucionar el problema?
c. ¿Qué más se podría hacer? ¿Qué clase de asistencia o ayuda se necesita?

9. Conclusiones y recomendaciones

INDICADORES EPIDEMIOLOGICOS

Indicadores de riesgo magnitud y tendencia

- Número de casos de enfermedades por semana epidemiológica.
- Número de defunciones por enfermedades de notificación.
- Diez principales causas de morbilidad en Distritos (cantones y parroquias) según los eventos de notificación obligatoria en el SIVE-Alerta.
- Tasa de incidencia por enfermedad específica por grupo de edad, sexo y lugar de ocurrencia.
- Tasa de letalidad por enfermedad específica.
- Curva endémica.

1
EDICIÓN

COMPONENTE ENFERMERO

MAWIL
Publicaciones Impresas
y Digitales

Publicado en Ecuador
Febrero 2020

Edición realizada desde el mes de agosto del año 2019 hasta noviembre del año 2019, en los talleres Editoriales de MAWIL publicaciones impresas y digitales de la ciudad de Quito.

Quito – Ecuador

Tiraje 50, Ejemplares, A5, 4 colores

Crossref

CÁMARA
ECUATORIANA
DEL LIBRO

COMPONENTE
ENFERMERO

AUTORES

LCDA. MACIAS RENGIFO
GLORIA PATRICIA MG.

LCDA. LOOR MACIAS
AMANDA PATRICIA

COLABORADORES

LCDA. DELGADO BERNAL
DORIS SUSANA MG.

LCDA. BRAVO BONOSO
DELIA GEORGINA MG.

LCDA. CEDEÑO MACIAS
ZOILA AIDEE

LCDA. BRIONES BERMEO
NARCISA PAULINA MG.

LCDA. ZAMBRANO LOOR
LIRICIS YAMARA MG.

AB. SOLORZANO SOLORZANO
SIDAR EDGARDO

LCDA. BARRETO ROSADO
MIRIAN ENRRIQUETA MG.

PINCAY REYES
YOMAIRA ESTEFANIA

ISBN: 978-9942-787-60-6

9 789942 787606

CÁMARA ECUATORIANA DEL LIBRO
Crossref
MAWIL Publicaciones Impresas y Digitales

COMPONENTE ENFERMERO