



# SALUD PÚBLICA EN ENFERMERÍA

eBook



# SALUD PÚBLICA

## EN ENFERMERÍA

Lcda. Prissila Banesa Calderón Guaraca. Mgs.

Lcda. Marcia Yolanda Cobos Alvarracin. Mgs.

Lcda. Nancy Gabriela Ortiz Dávalos. Mgs.

Dra. Fanny Cecilia Rodríguez Quezada. PhD.

Lcda. Johanna Melina Roldan Morales. Mgs.

**Autores Investigadores**



# SALUD PÚBLICA

## EN ENFERMERÍA

### AUTORES

#### INVESTIGADORES

**Lcda. Prissila Banesa Calderón Guaraca. Mgs.**

Magíster en Gerencia Hospitalaria;

Licenciada en Enfermería;

Docente de la Carrera de Enfermería de la  
Universidad Católica de Cuenca; Cuenca, Ecuador;

✉ prissilacalderon@gmail.com

🆔 <https://orcid.org/0000-0003-3534-034X>

**Lcda. Marcia Yolanda Cobos Alvarracin. Mgs.**

Magíster en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local;

Magíster en Gestión del Cuidado;

Licenciada en Enfermería;

Docente de la Universidad Católica de Cuenca;  
Cuenca, Ecuador;

✉ mcobos@ucacue.edu.ec

🆔 <https://orcid.org/0000-0003-3390-2185>

**Lcda. Nancy Gabriela Ortiz Dávalos. Mgs.**

Maestría en Educación Especial con Mención en  
Educación en Personas con Discapacidad Visual;  
Licenciada en Enfermería;  
Universidad Católica de Cuenca;  
Cuenca, Ecuador;

✉ nortiz@ucacue.edu.ec

🆪 <https://orcid.org/0000-0001-5121-9465>

**Dra. Fanny Cecilia Rodríguez Quezada. PhD.**

Magíster en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local;  
Doctora en Enfermería; Universidad Católica de Cuenca;  
Cuenca, Ecuador;

✉ fannyrodriguezq@yahoo.com

🆪 <https://orcid.org/0000-0001-6573-6543>

**Lcda. Johanna Melina Roldan Morales. Mgs.**

Magíster en Dirección y Gestión Sanitaria;  
Licenciada en Enfermería;  
Universidad Católica de Cuenca;  
Cuenca, Ecuador;

✉ jhoanna.roldan@ucacue.edu.ec

🆪 <https://orcid.org/0009-0004-1664-9733>



# SALUD PÚBLICA

## EN ENFERMERÍA

### REVISORES

#### ACADÉMICOS

#### **Cristhian Patricio Triviño Ibarra**

Licenciado en Enfermería por la Universidad Técnica de Manabí.  
Máster Universitario en Gestión de la Seguridad Clínica  
del Paciente y Calidad de la Atención Sanitaria.  
Doctorando en Ciencias Biomedicas en el  
Instituto Universitario Italiano del Rosario de Argentina.  
Enfermero de Cuidado directo en el Centro de Salud tipo “C” Manta  
Docente de la Carrera de Enfermería de la  
Universidad Técnica de Manabí.

✉ cristhian.trivino@utm.edu.ec

🆔 <https://orcid.org/0000-0003-1659-2269>

#### **Darwin Javier Gualco Centeno**

Licenciado en Enfermería por la Universidad Central del Ecuador  
Magíster en Gerencia de Instituciones en Salud por la  
Universidad Técnica particular de Loja.  
Lider de Enfermería del Servicio de Centro Obstetrico en Hospital Gineco  
Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi.  
Docente de la Carrera de Enfermería en la  
Universidad de las Américas UDLA.

✉ darwin.gualco@hgona.gob.ec

🆔 <https://orcid.org/0000-0002-4650-7814>

# Catalogación Bibliográfica

**AUTORES:** Lcda. Prissila Banesa Calderón Guaraca. Mgs.  
Lcda. Marcia Yolanda Cobos Alvarracin. Mgs.  
Lcda. Nancy Gabriela Ortiz Dávalos. Mgs.  
Dra. Fanny Cecilia Rodríguez Quezada. PhD.  
Lcda. Johanna Melina Roldan Morales. Mgs.

**Título:** Salud Pública en Enfermería

**Descriptor:** Ciencias médicas, Enfermería, Salud Pública, Atención médica

**Código UNESCO:** 32 Ciencias Médicas

**Clasificación Decimal Dewey/Cutter:** 610.7/C146

**Área:** Ciencias de la Salud

**Edición:** 1<sup>era</sup>

**ISBN:** 978-9942-622-99-0

**Editorial:** Mawil Publicaciones de Ecuador, 2024

**Ciudad, País:** Quito, Ecuador

**Formato:** 148 x 210 mm.

**Páginas:** 152

**DOI:** <https://doi.org/10.26820/978-9942-622-99-0>

**URL:** <https://mawil.us/repositorio/index.php/academico/catalog/book/104>

Texto para docentes y estudiantes universitarios

El proyecto didáctico: **Salud Pública en Enfermería**, es una obra colectiva escrita por varios autores y publicada por MAWIL; publicación revisada bajo la modalidad de pares académicos y por el equipo profesional de la 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.



Usted es libre de:  
**Compartir** — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato.  
**Adaptar** — remezclar, transformar y construir a partir del material para cualquier propósito, incluso comercialmente.

**Director Académico:** Lcdo. Alejandro Plúa Argoti

**Dirección Central MAWIL:** Office 18 Center Avenue Caldwell; New Jersey # 07006

**Gerencia Editorial MAWIL-Ecuador:** Mg. Vanessa Pamela Quishpe Morocho

**Dirección de corrección:** Mg. Yamara Galanton.

**Editor de Arte y Diseño:** Lic. Eduardo Flores, Arq. Alfredo Díaz

**Corrector de estilo:** Lic. Marcelo Acuña Cifuentes

# SALUD PÚBLICA

## EN ENFERMERÍA

# *Índices*

**Contenidos**



Prólogo ----- 15  
 Introducción ----- 17

**Capítulo I.**

**Generalidades de la salud pública** ----- 21  
 Historia de la salud pública----- 22  
 Conceptos generales ----- 37  
 La salud: deber y derecho ----- 42  
 Objetivos de la salud pública ----- 45  
 Funciones de la salud pública ----- 46  
 Determinantes sociales de la salud ----- 47  
 Determinantes de la salud pública ----- 51  
 Promoción de la salud ----- 56  
 Prevención de enfermedades----- 64  
 Curación y Rehabilitación ----- 69

**Capítulo II.**

**Atención Primaria de Salud**----- 72  
 Generalidades y conceptos de la Atención Primaria de Salud ----- 73  
 Valores, principios y elementos de la atención primaria de salud ----- 74  
 Historia de la APS en América Latina ----- 80  
 Otras modalidades de atención ----- 84  
 Construcción de sistemas de salud basados en APS ----- 85  
 Valores, principios y elementos de APS ----- 89  
 Atención primaria orientada a la comunidad, promoción  
 y participación ciudadana ----- 91  
 Generalidades de los Programas del Sistema Nacional de  
 Salud del Ecuador ----- 93  
 Formularios del sistema de salud ecuatoriano en APS----- 95

**Capítulo III.**

**Modelo de atención integral de salud familiar,  
 comunitario e intercultural MAIS – FCI** ----- 101  
 Antecedentes del sistema nacional de salud----- 102  
 Marco legal y normativo del Sistema nacional de Salud----- 108  
 Marco conceptual del Modelo de Atención Integral de  
 Salud Familiar Comunitario e Intercultural ----- 110  
 Marco conceptual del Modelo de Atención Integral de  
 Salud Familiar Comunitario e Intercultural. ----- 111

.....

Modelo de atención integral de salud MAIS-FCI-----	113
Componentes del MAIS FCI. -----	115
Fases y herramientas para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural MAIS FCI en el primer nivel de atención ----	117

**Capítulo IV.**

**Bases epidemiológicas del cuidado:**

<b>vigilancia epidemiológica</b> -----	120
Conceptos: el método epidemiológico, el método clínico-----	121
Epidemiología clínica-----	123
Indicadores epidemiológicos y socioeconómicos del Ecuador-----	124
Conceptos de medición, variables, escalas -----	126
Cálculo de proporciones, tasas y razones-----	129
Sistema de vigilancia epidemiológica -----	131
Investigación de brotes, contactos y cero epidemiológico-----	136
Bioestadística: medidas de tendencia central y dispersión-----	138
 Conclusiones -----	 141
 Bibliografía -----	 142

# SALUD PÚBLICA

## EN ENFERMERÍA

# Índices

Figuras



.....

<b>Figura 1.</b> Determinantes de la salud según OMS-----	49
<b>Figura 2.</b> Arcoíris de los determinantes de Dahlgren y Whitehead -----	54
<b>Figura 3.</b> Efecto de los determinantes-----	55
<b>Figura 4.</b> Diferencia entre educación para la salud y promoción de la salud -----	61
<b>Figura 5.</b> Historia de la enfermedad y sus niveles de prevención -----	65
<b>Figura 6.</b> Pirámide de alimentación saludable actualizada por el SENC-----	67
<b>Figura 7.</b> Rueda de la alimentación-----	68
<b>Figura 8.</b> Equipo de rehabilitación-----	70
<b>Figura 9.</b> Principios y elementos de la APS -----	75
<b>Figura 10.</b> Marco conceptual de la APS.-----	76
<b>Figura 11.</b> Evolución Histórica de la promoción de la salud -----	82
<b>Figura 12.</b> Valores, principios y elementos esenciales en un sistema de salud basado en APS-----	90
<b>Figura 13.</b> Caracterización de las funciones esenciales de la salud pública-----	93
<b>Figura 14.</b> Funciones y dimensiones de los SNS -----	94
<b>Figura 15.</b> Árbol de problemas del modelo de gestión del manual de seguridad-----	97
<b>Figura 16.</b> Principios del modelo de atención integral de salud familiar y comunitario -----	112
<b>Figura 17.</b> Componentes del MAIS-FCI-----	115

# SALUD PÚBLICA

## EN ENFERMERÍA

# Índices

**Ilustraciones**





---

<b>Ilustración 1.</b> Florence Nightingale-----	23
<b>Ilustración 2.</b> Callista Roy -----	24
<b>Ilustración 3.</b> Betty Neuman -----	25
<b>Ilustración 4.</b> Metaparadigma de enfermería-----	34
<b>Ilustración 5.</b> Cadena de Infección de patógenos-----	37
<b>Ilustración 6.</b> Decálogo de los derechos del paciente -----	44
<b>Ilustración 7.</b> Funciones esenciales de la salud pública -----	47

# SALUD PÚBLICA

## EN ENFERMERÍA

# Índices

Tablas



<b>Tabla 1.</b> Evolución de la salud pública -----	28
<b>Tabla 2.</b> Algunas propiedades epidemiológicas de enfermedades en la niñez-----	35
<b>Tabla 3.</b> Diferentes nociones de la salud -----	39
<b>Tabla 4.</b> Determinantes de la salud-----	53
<b>Tabla 5.</b> Tipos y niveles de prevención en salud -----	59
<b>Tabla 6.</b> Estrategias para la promoción -----	63
<b>Tabla 7.</b> Factores facilitadores y barreras en APS -----	79
<b>Tabla 8.</b> Indicadores demográficos, económicos relacionados con el sistema de salud, factores de riesgo y mortalidad de América latina y el Caribe para el 2000- 2015 -----	83
<b>Tabla 9.</b> Niveles de atención de salud-----	87
<b>Tabla 10.</b> Sectores e instituciones del sistema de salud-----	89
<b>Tabla 11.</b> Modelo de Encuesta -----	99
<b>Tabla 12.</b> Reformas de los Sistemas de salud desde los años 80 hasta la actualidad-----	103
<b>Tabla 13.</b> Tipos de Centro de Salud en APS -----	106
<b>Tabla 14.</b> Objetivos estratégicos de clínicas y hospitales privados -----	108
<b>Tabla 15.</b> Responsabilidades del Estado Ecuatoriano con el sistema de salud-----	109
<b>Tabla 16.</b> Niveles de prevención de la atención integral dirigida a la salud familiar -----	113
<b>Tabla 17.</b> Componentes del MAIS-----	116
<b>Tabla 18.</b> Herramientas aplicadas en la medicina familiar y comunitaria-----	118
<b>Tabla 19.</b> Etapas del método clínico -----	123
<b>Tabla 20.</b> Indicadores en un perfil epidemiológico-----	126
<b>Tabla 21.</b> Variable estructurada-----	128
<b>Tabla 22.</b> Uso de proporción -----	130
<b>Tabla 23.</b> Tipos de Tasa y sus características. Tasa -----	131
<b>Tabla 24.</b> Principales componentes de un sistema de vigilancia epidemiológica -----	133
<b>Tabla 25.</b> Actividades del sistema de vigilancia -----	135
<b>Tabla 26.</b> Atributos de un sistema de vigilancia epidemiológica -----	136

# SALUD PÚBLICA

## EN ENFERMERÍA

# Prólogo



*“Si alguien busca la salud, pregúntele si está dispuesto a evitar en el futuro las causas de la enfermedad, en caso contrario, absténgase de ayudarlo”*

### **Sócrates**

Uno de los aspectos más sensibles de los problemas de salud es la salud pública. Estas son consideraciones para comunidades, grupos de personas y comunidades en general cuando se trata de epidemias y problemas de salud importantes.

Hay muchos enfoques para el desarrollo de la salud pública, empezando por el liderazgo de los sistemas de salud, las comunidades o los individuos. Este análisis define un modelo conceptual de salud pública que surge del análisis de las dimensiones de la salud y la enfermedad y los niveles en los que ocurren las respuestas sociales (individual o familiar, entorno biológico y entorno social).

La salud no es sólo un gran tema de debate a nivel nacional e internacional, sino que también es una piedra de toque para las agencias gubernamentales y diversas organizaciones internacionales, cuyo objetivo es desarrollar y prevenir las disparidades en salud entre y dentro de los países.

Este escrito no pretende ofrecer una visión histórica rigurosa, sino, tan solo, unas pinceladas, acerca de lo que ha sucedido con la salud en general y la Salud Pública, en particular.

Es una guía que desarrolla el tema de manera sencilla pero directa que contribuye al conocimiento y comprensión de los objetivos y funciones de la salud pública, sus valores y principios, los elementos de atención primaria de salud orientadas a la comunidad y familia, así como los elementos del sistema de salud integral MAIS-FCI.

Así como también se desarrollan los temas de Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural.

Dentro de estas consideraciones, el libro explica aspectos del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural que son importantes, tales como su desarrollo histórico, componentes y fases para su desarrollo.

El libro está destinado a lectores interesados en conocer las generalidades y los fundamentos de la salud pública y del modelo de atención integral de salud, así como a aquellos que deseen mantenerse al día con las novedades y avances en materia de salud.

# **SALUD PÚBLICA**

## EN ENFERMERÍA

# *Introducción*



Historicamente, las necesidades de salud de la sociedad han sido un problema global. Las dificultades para acceder a los servicios de salud y las desigualdades generalizadas, dependiendo de las realidades económicas de la población y el contexto político, afectan directamente los niveles de salud de las naciones. Por ello, a nivel internacional se han discutido temas de salud de diferentes sectores y organizaciones que tienen dentro de sus objetivos desarrollar el sector sanitario, mejorando el estilo de vida de la población mundial.

La salud es uno de los bienes más preciados para las personas y es fundamental para construir sociedades fuertes, resilientes y productivas. Por ello, proteger, conservar, mejorar la salud, prolongar y asegurar la calidad de vida de las poblaciones mediante la educación, la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud, y otras formas de intervención sanitaria, constituyen objetivos esenciales de los sistemas sociales de salud en los que el ser humano es lo más importante.

A diferencia de la práctica de la medicina en un entorno clínico, como un consultorio médico o un hospital, la salud pública no es una disciplina individual y los trabajadores de campo no practican la medicina. La salud pública se centra en mejorar y proteger la salud y el bienestar de las comunidades, con énfasis en la prevención para grandes grupos de personas.

La profesión de enfermería lleva implícito el concepto de cuidado, tema vital para la subsistencia de la humanidad y las relaciones solidarias entre las personas. Es por ello que, en la práctica de enfermería se requieren conocimientos profundos de pedagogía, saber ser y hacer de una manera más argumentada y reflexiva desde las perspectivas ontológica, axiológica y epistemológica para garantizar el cumplimiento del cuidado humano (Zambrano, Macias, & Solorzano, 2019)

Según estas afirmaciones, se considera que el bienestar de la población se logra a través de la salud, con especial énfasis en el bienestar biológico, físico, psicológico y social, condición que afecta a todas las personas y que va mucho más allá de elementos claramente clínicos.

Se entiende por salud pública al conjunto de actividades organizadas por el organismo público que involucra a toda la comunidad, y que tiene a su cargo la protección y promoción de la salud y la prevención de las enfermedades como un esfuerzo que todas las comunidades se proponen lograr. Tiene en cuenta las necesidades de todos, independientemente de su lugar de nacimiento, edad, sexo, situación social o económica y valores culturales, sociales o religiosos.

Con respecto a, los países de altos ingresos (PIB alto) a diferencia de América Latina (PIB medio-bajo), la especialidad en Medicina Familiar tiene un rol muy importante dentro del Sistema de Salud, aproximadamente el 80% de las patologías consultadas en el primer nivel de atención son resueltas de manera satisfactoria gracias al manejo integral empleado (Benavides, 2021)

Por ello, las disparidades en salud no sólo dan lugar a diferentes oportunidades de beneficiarse del progreso científico y tecnológico en estos campos, sino también de diferentes maneras que afectan los resultados de salud y enfermedad, y diferentes formas de enfermedad o dolencia. Al igual que la desigualdad social, las desigualdades en salud persisten en todos los países, independientemente del nivel de desarrollo alcanzado.

Un sistema de salud es exitoso cuando logra mantener a su población sana, provee servicios de salud efectivos, seguros, equitativos y eficientes, y es justo, brindando atención sin discriminación a todas las personas

Hay que hacer notar que, el modelo de atención integral bajo el enfoque de salud familiar se refiere a un conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural. (Astudillo, y otros, 2019, p.286).

En las últimas décadas, la participación de los ciudadanos en las decisiones sobre su salud y la planificación de intervenciones comunitarias ha aumentado el interés en los círculos políticos nacionales e internacionales y la oportunidad de desarrollar evidencia científica sobre los beneficios de la participación. En este sentido, el enfoque de la salud pública requiere pensar profundamente en una justicia social donde se la pueda avanzar hacia la transformación de la realidad de manera reflexionada.

La salud y la educación son derechos interdependientes, ambos hacen parte del derecho a una vida digna -la salud es entendida aquí como un derecho humano. Según este orden de ideas, la práctica profesional de enfermería se fundamenta en los principios éticos y morales que esta práctica requiere, entendiendo que se deben respetar los derechos fundamentales de los pacientes, así como los principios y valores de tratamiento que esta práctica requiere, que el enfoque primario está en el paciente.

Este compendio titulado “Salud Pública” describe de manera general la historia de la salud pública, sus conceptos, así como sus objetivos y funcio-



nes; además incluye la participación de la enfermería, su enfoque, cuidado y papel dentro de la salud pública. Esto hace que sea de fácil lectura y comprensión para lectores en general.

El texto que se presenta se pasea por cuatro capítulos que desarrollan información de temas de la Salud Pública, con algunos elementos de la ciencia médica de una manera breve, precisa y actualizada.

De acuerdo con el contenido específico, se inicia con las generalidades de la Salud Pública su historia, participación y rol de la enfermería, la conceptualización, funciones, así como, los determinantes sociales, y la promoción de la salud, como punto clave para el buen desarrollo y resultado de una salud de calidad para la población.

Seguidamente el capítulo II de este compendio, describe los elementos implícitos en todo el tema de la Atención Primaria de Salud (APS), Generalidades, conceptos, valores y principios de la APS, así como la construcción de sistemas basados en APS, de esta forma se abre la puerta para desarrollar el capítulo III con temas como el modelo de atención integral de salud familiar, comunitario e intercultural MAIS – FCI, el Marco conceptual del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural.

Finalizando con el capítulo IV que encierra temas importantes para afianzar y robustecer el sistema de atención integral, como lo son las bases epidemiológicas del cuidado, y la vigilancia epidemiológica; Conceptos de medición, variables, escalas. Cálculo de proporciones, tasas y razones.

La investigación sobre los problemas de salud implica la idea de que son problemas sociales. La necesidad de dicha investigación se justifica por el entendimiento de que la salud humana es un fenómeno dinámico que ocurre en un contexto cultural, político, social y económico y que depende en gran medida de la evolución social.

# **SALUD PÚBLICA**

## EN ENFERMERÍA

### **Capítulo I**

# *Generalidades de la Salud Pública*



## Historia de la salud pública

La salud pública es un tema que combina muchas disciplinas científicas y actividades humanas para mejorar la salud de las personas.

Esta disciplina comenzó a definirse con el surgimiento de los primeros procesos industriales, que a su vez provocaron la consolidación de asentamientos humanos en torno a asentamientos urbanos, generando la necesidad de adoptar medidas para garantizar la higiene del agua y su gestión. heces y basura, controlar vectores de enfermedades como mosquitos, roedores y mascotas, y encontrar mecanismos para romper la cadena de transmisión de enfermedades infecciosas.

De la misma forma, a lo largo de los años, se han agregado gradualmente otras especialidades relacionadas con la salud y el bienestar de las comunidades humanas, como la prevención de emergencias y desastres, el seguimiento de las condiciones de salud cambiantes, las enfermedades crónicas como las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades profesionales.

Se puede reseñar que, diversas epidemias como la peste negra o muerte de la burbuja en la Edad Media y la pandemia de gripe de 1918, se desarrollaron quizá por la falta de planificación de los sistemas de agua y alcantarillado y de los mecanismos de eliminación de residuos que, ha sido durante mucho tiempo la causa de graves epidemias en varias comunidades a lo largo de la historia.

La enfermería se remonta a la antigüedad y es considerada el arte y profesión de cuidar al paciente. La disciplina se caracteriza por la independencia de otros departamentos de salud y la cooperación integral con ellos, convirtiéndose en un vínculo importante en cualquier institución de salud.

Los modelos o teorías referidos al cuidado en la enfermería, contribuyen a atender desde diversos aspectos al paciente, comprendiéndolo como un ser que se encuentra en interacción con otros y entorno, lo cual, influye en construir un entorno favorable para evitar acciones contraproducentes que afecten el entorno armónico del paciente.

La historia de la enfermería muestra que Florence Nightingale fue la primera enfermera profesional reconocida, nacida en Florencia, Italia y criada en Derbyshire, Inglaterra, en una familia de alto estatus social, donde se dedicó al doy de la ciencia.

Teniendo como dato histórico que “Florence Nightingale, supo aplicar sus conocimientos de historia y filosofía al estudio de la realidad, en particular a

esa parte de la realidad que se constituyó en el centro de su vida: el cuidado de la salud de las personas” (Mastarreno, Briones, Andrade, & Ramos, 2021)

La Enfermera Nightingale, se centró mayormente en el entorno del paciente, sus estudios demuestran que llevó a cabo la aplicación de la observación, así como la etapa de la valoración, cuáles eran los factores que influían en la salud de sus pacientes y las intervenciones que ayudaban a la pronta recuperación del paciente. Esta ejemplar enfermera se aprecia en la ilustración 1.

### **Ilustración 1.**

*Florence Nightingale.*



**Nota.** Tomado de Ella es la Historia en sitio web El Espectador <https://blogs.elespectador.com>

También, esta teorizante hizo uso de la estadística para la recolección de información con el fin de comprobar la eficacia de su sistema de enfermería y su organización hospitalaria en tiempos de guerra (Cisneros, 2022).

Para Callista Roy el profesional de Enfermería debe tener un juicio crítico, tanto en su práctica del cuidado como momento de aplicar el proceso de Enfermería, observando al ser humano como un ser holístico y no fragmentándolo en un ser bio psico social y espiritual, tal venido realizando (Cisneros, 2022). Además, indica que la persona se encuentra en un ambiente conformado por valores, creencias, principios, vivencias, sentimientos, etc., y serán éstos mismos elementos los que determinarán como la persona afrontará a los estímulos del medio.

La teoría de la adaptación de Callista Roy “constituye un proceso y un resultado de la integración entre la persona y el ambiente en que se encuentra y que busca mantener la dignidad y favorecer la promoción, mantención y mejoría de la salud y de la calidad de vida” (Ramírez, Freire, & Cibeles, 2021). Dicha enfermera se muestra en la ilustración 2.

### **Ilustración 2.**

*Callista Roy.*



**Nota.** Tomado de sitio web Modelos enfermeros <http://modelosenfermerosu-caldas.blogspot.com/>

La teoría de Betty Newman conocida como “Modelo de Sistemas”, considera el binomio enfermera-paciente como un todo para permanecer de una manera estacionaria o en equilibrio.

De acuerdo con Cordero (2020) Newman define el cuidado como una intervención orientada hacia la integridad de la persona la cual se interesa por todas las variables que tienen un efecto sobre la respuesta de la persona, y a la persona como un ser psicológico, sociocultural y espiritual capaz de desarrollarse: es un todo integral (p.26)

Desde la perspectiva de Betty Neuman, ella, se ocupaba de mantener estable el sistema del paciente mediante la precisión en la valoración de los

efectos y los posibles efectos de los factores de estrés ambiental y ayudar a los ajustes necesarios para un nivel óptimo de bienestar (Álvarez & Vázquez, 2019). La mencionada enfermera se observa en la ilustración 3.

### **Ilustración 3.**

*Betty Neuman.*



**Nota.** Tomado de Teoría de Sistemas Betty Neuman, en sitio web Modelos enfermeros <http://modelosenfermerosucaldas.blogspot.com/>

De acuerdo con Pineda, Moran, & Riaño (2019), fue en Londres en 1853 durante la gran epidemia de cólera donde se vieron los beneficios del conjunto de acciones por los que propende la salud pública; es decir, que, gracias al fruto de la observación y análisis de la situación de salud de la colectividad, para formular respuestas sociales organizadas informadas que luego se evalúan para ver los resultados (p.7)

El mismo autor, señala que, durante esta misma década, prosperó el movimiento sanitarista en Londres, donde las personas se levantaron contra el Estado solicitándole que se hiciera cargo de la salud, lo que conllevó a la “Ley de Salud Pública” de 1848, la cual puede considerarse como la primera ley estructurada de salud pública que permitió que los problemas de salud de la comunidad se vincularan con los grandes problemas sociales desencadenados por la revolución industrial.

Este movimiento se une con el descubrimiento de los antibióticos y las vacunas en el siglo XX con las que se puede tratar y prevenir las enfermedades, por lo que empieza a sistematizarse el uso de los medicamentos.

A lo largo de la historia, la salud pública ha logrado consolidarse como una disciplina que resulta de sociedades que han logrado una estructura social fuerte y robusta, donde se evidencia la aplicación en diversos grados de la principal tarea de la salud pública actual: estado del sistema sanitario, vigilancia y promoción de la salud, participación social e interdisciplinaria, desarrollo y planificación de políticas, regulación y supervisión, igualdad de acceso, recursos humanos, calidad de los servicios, investigación en salud pública y atención a crisis y desastres.

La aparición gradual de enfermedades ha estimulado gran parte de la actividad de salud pública en todo el mundo. En algunos casos, derrotar una enfermedad ha eliminado una barrera comercial, por lo que es importante señalar que los avances en salud pública a lo largo de la historia generalmente han tenido un impacto que subraya los esfuerzos internacionales para comprender y mejorar enfermedades que tienen consecuencias no deseadas para la población.

## **Los inicios**

La salud no es un concepto estático. Por el contrario, ha variado de acuerdo con la época histórica, con la cultura y con las tradiciones.

Hace más de 10.000 años, los humanos vivían y viajaban en pequeños grupos, siendo sus principales actividades la caza y la recolección. Aunque se sabe que su vida útil es corta, no se debe a enfermedades infecciosas. Su principal problema es encontrar comida para sobrevivir. Sus ingredientes son muy equilibrados y muy buenos. Debido a que viven en pequeños grupos y se mueven, hay pocos problemas con la recolección de desechos, agua o alimentos contaminados.

De acuerdo con Maldonado, y otros (2019), el asentamiento, la domesticación de animales y plantas y la urbanización, alteraron para siempre el ambiente de enfermedad de la especie humana (p.18).

Aunque se sabe poco sobre los sistemas de enfermedades antiguos, las prácticas antiguas de salud e higiene, así como los artefactos de antiguas prácticas civiles y rituales, indican que la limpieza estaba estrechamente vinculada a la higiene en las culturas antiguas.

Así mismo, los sistemas médicos tradicionales son muy influyentes y dependen en gran medida de explicaciones de la enfermedad y creencias sobre la misma, así como de prácticas curativas cognitivas y espirituales.

Durante mucho tiempo, al comienzo del proceso civilizatorio, la enfermedad era considerada como un castigo divino. De acuerdo con Maldonado, y otros (2019), esta concepción habría de cambiar con el ascenso de Egipto y de Mesopotamia; la salud pasó a ser un tema de higiene personal y pública (p.19). No obstante, en Egipto existía la creencia de que la enfermedad era el resultado de un desequilibrio entre lo humano y lo espiritual, y que la salud podía restablecerse mediante la oración, la magia, los rituales o el uso general de hierbas medicinales para las dolencias.

A la salud pública le interesaba cómo hacer que las epidemias no mataran a la gente; había fenómenos que se manifestaban en las poblaciones, no en los individuos. Hasta inicios del siglo XIX había un saber científico propio sobre la salud y la enfermedad en su dimensión colectiva; más bien era una ideología. Desde sus inicios, la salud pública presentó sus propias características de observación y curación, en la tabla 1 se muestra algunas de estas características.



**Tabla 1.***Evolución de la salud pública.*

Época	Características
<b>Inicios</b>	<p>Se creía que el cuerpo estaba controlado por un sistema de vasos que transportaban sangre, orina, esperma y lágrimas que, como el sistema de canales de Egipto, debía mantenerse limpio y libre de cualquier obstrucción. La limpieza corporal, tanto interna como externa, estaba dirigida a alcanzar la pureza espiritual, de modo que las regulaciones sobre la comida, la ropa limpia, el baño y las relaciones sexuales eran en gran parte rituales.</p> <p>Los rabinos-médicos del período talmúdico formularon reglas elaboradas para el control de enfermedades basadas en la creencia de que algunas enfermedades eran transmisibles a través de alimentos, descargas corporales, ropa, bebidas, agua y aire. Se creía que las plagas se propagaban a través de agua contaminada.</p> <p>La Ley Mosaica de los hebreos planteó uno de los primeros códigos sanitarios de la humanidad en el que se esbozan las reglas estrictas sobre higiene personal, alimentación, comportamiento sexual y profilaxis de las enfermedades transmisibles.</p> <p>En el mundo antiguo, el ambiente era tanto natural como sobrenatural. Igual que en la medicina mesopotámica, la medicina antigua mexicana y peruana confiaron a la astrología y a la hechicería el diagnóstico de las enfermedades y para su cura, terapias mágicas basadas en rituales.</p>

<p><b>Greco- Romano</b></p>	<p>Desde la época del Imperio Romano tardío, las preocupaciones relacionadas con caridad comenzaron a verse exacerbadas por la salud de los pobres. Esto fue explotado aún más por el Cristianismo, lo que ayudó a su hegemónica expansión a lo largo del mundo antiguo y temprano medieval.</p> <p>La medicina sacerdotal floreció en la sociedad griega presocrática, en la que se identificaba a Apolo como el dios de la enfermedad y la curación.</p> <p>Una nueva filosofía natural de la Medicina surgió entre las escuelas de pensamiento presocrático. Algunos médicos establecieron un elaborado sistema de clasificación de enfermedades y Tales de Mileto (639-544 a.C.) en particular, identificó el agua como el elemento fundamental de la vida. Pitágoras (580-489 a.C.) por su parte, aplicó la tradición de armonía numérica a la Medicina, la cual fue absorbida por los conceptos hipocráticos de “días críticos” y crisis de enfermedad.</p> <p>Probablemente, Hipócrates ha sido la figura histórica más elogiada como gran y honorable médico. La Medicina hipocrática se distanció radicalmente de las tradiciones religiosas y místicas de curación y subraya que la enfermedad es un evento natural, no causado por fuerzas sobrenaturales.</p> <p>En tiempos del Imperio Romano también existió una variedad de enfermedades diferentes que se propagaron rápidamente y causaron una alta tasa de mortalidad en la población. Las principales enfermedades fueron malaria (<i>Plasmodium Falciparium</i>), tuberculosis, fiebre tifoidea y ciertas dolencias digestivas como la gastroenteritis</p>
<p><b>La Edad Media (500-1500 d.C.)</b></p>	<p>La Edad Media fue un periodo que contribuyó al establecimiento del desorden social en términos de enfermedad.</p> <p>La saturación de enfermedades infecciosas como la fiebre tifoidea, la difteria, el cólera, la lepra, la sífilis y la peste negra –la más temida de todas; la enfermedad infecciosa más letal de todas las conocidas hasta la fecha– amenazó con desestabilizar a la sociedad en general.</p> <p>El comercio trajo una nueva forma de transmitir enfermedades como la tuberculosis, la influenza y la lepra. La lepra amenazó a las urbes y la peste bubónica trajo un nuevo ajuste a la relación enfermedad y trastorno social</p> <p>El siglo XIV una devastación de la población de Europa por la peste, las guerras y el colapso de sociedad feudal. También preparó el escenario para la revolución agrícola y luego la Revolución Industrial. El período siguiente, después de la “Muerte Negra” fue innovador y dinámico</p>

<p><b>Iluminación, revolución e ilustración (1750-1875)</b></p>	<p>En este periodo, la explotación de minas, las fundiciones y las plantas industriales crearon nuevos bienes y riqueza. En parte como resultado del comercio generado y el mayor movimiento de bienes y personas, vastas epidemias de enfermedades infectocontagiosas se extendieron por toda Europa. El raquitismo, la escarlatina y el escorbuto se manifestaron de forma desenfrenada, especialmente entre los marineros.</p> <p>La contaminación y el hacinamiento en las áreas industriales ejercieron una profunda influencia en el medio ambiente y en la salud de los trabajadores; las enfermedades epidémicas de las comunidades aisladas se convirtieron en endémicas en entornos urbanos, particularmente entre la clase trabajadora.</p> <p>Fue más tarde en la historia del ser humano, con el desarrollo industrial y comercio, y la diseminación de las enfermedades, cuando aparecieron prácticas y saberes referidos al proceso de salud-enfermedad en su dimensión colectiva; cuando surgieron las nociones de población.</p> <p>En los siglos XVI, XVII y XVIII se va construyendo la Salud Pública como un tópico específico de conocimiento. Así pues, se dio una especialización del saber que diferenció a esta disciplina de la Medicina individual.</p>
<p><b>Infecciones y el Renacimiento</b></p>	<p>Durante el renacimiento, surgieron múltiples formas de infección. Una nueva forma virulenta de enfermedad se manifestó durante este tiempo: la sífilis, la cual fue descrita por primera vez por Girolamo Fracastoro.</p> <p>A la epidemia de sífilis, que realmente fue una pandemia que azotó a Europa a finales del siglo XV, se le conoció con el nombre de Morbus italicus. En la mitad de siglo XIX, apareció el mercurio como medicamento, el cual fue considerando esencial tanto para el diagnóstico como para la curación de la sífilis. Solo entonces se menciona por primera vez que la infección causada por la sífilis podría atribuirse al acto sexual.</p> <p>Otra infección que prosperó como consecuencia sanitaria de la industrialización y la expansión del comercio internacional fue el temible cólera. La primera epidemia, que se registró en el continente asiático, se dio en 1817, y se extendió posteriormente a Turquía y los países árabes. La causa del cólera fue señalada en el año 1854 por el Dr. John Snow. Al inicio de la primera pandemia John Snow ya sospechaba que la posible causa de la enfermedad era debido al agua contaminada, pero necesitaba pruebas concluyentes. Finalmente, logró identificar un pozo que alimentaba las aguas de la ciudad; el pozo de Broad Street.</p>

<p><b>La idea sanitaria (1850-1875)</b></p>	<p>El periodo de la Ilustración trajo inventos y descubrimientos cruciales en muchas áreas. Estos avances incluyeron asuntos como la circulación de la sangre, la óptica, la clasificación científica, el cálculo, el microscopio y la gravedad, entre otros. Fue llamada "la era de la revolución del pensamiento". Durante el Renacimiento, las ciencias de la anatomía, fisiología, química, microscopía y Medicina clínica abrieron una base científica a la Medicina.</p> <p>A finales de 1800 aparece en el panorama Louis Pasteur. Este biólogo y químico francés hizo una enorme contribución a la teoría de los gérmenes, a la prevención del deterioro de los alimentos y al control de las enfermedades.</p>
<p><b>La salud de los ciudadanos democráticos</b></p>	<p>La influencia ideológica más importante sobre la retórica de fines del siglo XVIII en la salud y el Estado político fue la filosofía ilustrada de la ciudadanía democrática.</p> <p>Fueron los revolucionarios franceses quienes agregaron la salud a los derechos del ser humano y afirmaron que la ciudadanía de la salud debería ser una característica del Estado democrático moderno.</p> <p>La adopción gradual de medidas políticas para prevenir las enfermedades epidémicas y preservar la salud de la población en las sociedades europeas se determinó tanto económica como políticamente.</p>

<p><b>La Salud Pública en el siglo XX</b></p>	<p>El proceso de industrialización en el siglo XIX hizo que la prevención de las infecciones epidémicas, más que la búsqueda de la salud, fuera el centro de atención de esta ciencia. La prevención de enfermedades del siglo XIX se convirtió en una ciencia política y económica y se tradujo en movimientos sociales para la reforma sanitaria.</p> <p>En el último cuarto del siglo XIX, la bacteriología alteró el modelo ambiental de prevención de enfermedades promovido por la idea sanitaria al centrar la atención en el comportamiento social de los individuos. Los métodos empleados por la “nueva Salud Pública” eran la notificación obligatoria de enfermedades infecciosas, el aislamiento de los enfermos y sus familias, el rastreo de contactos, las pruebas diagnósticas de laboratorio de los “portadores” y la inmunización voluntaria. La bacteriología amplió el concepto de medio ambiente para incluir la acción social.</p> <p>El creciente alcance y la complejidad de las preocupaciones de Salud Pública llevaron al establecimiento de programas académicos para ampliar la investigación y capacitar al personal técnico relevante.</p> <p>A mediados de siglo, las actividades básicas de Salud Pública habían sido ampliamente reconocidas en el mundo industrializado. Estos componentes fueron: control de enfermedades transmisibles, saneamiento ambiental, servicios de salud materno infantil, educación para la salud, higiene laboral e industrial, nutrición y, en la mayoría de los países desarrollados, la provisión de atención médica. La Salud Pública registró su mayor hazaña histórica. En ese año, se completó la erradicación de una de las enfermedades más temidas y mortales de la especie humana: la viruela. El último caso se produjo en la nación de Somalia, en el este de África, y la erradicación fue certificada por una Comisión de la OMS en 1979.</p>
---	---

<p><b>Siglo XXI</b></p>	<p>En el siglo XX surgieron grandes avances en el conocimiento científico mediante los cuales fue posible controlar muchas enfermedades transmisibles, disminuyendo así la mortalidad.</p> <p>No obstante, se habla más de enfermedad que de salud y los conceptos ya bien establecidos de promoción y prevención aparecen en segundo plano. La razón principal para esta situación es netamente económica. Se deben producir tecnologías en salud para atender enfermos y ganar dinero. Las nuevas tecnologías en salud tienen un gran valor económico agregado en la Medicina curativa, lo que las convierte en una conquista muy apreciada para el manejo de enfermos.</p> <p>A pesar de estas circunstancias, la Salud Pública de este siglo se caracteriza por la necesidad de la búsqueda de la equidad y la eficiencia, dos fenómenos que están íntimamente relacionados. Se proponen entonces varios medios para lograr que estos dos grandes temas guíen el siglo XXI en cuestiones de salud.</p> <p>Las tendencias en el siglo XXI están encaminadas a orientaciones estratégicas en las que se logre dar mayor prioridad para la salud en la formulación de las políticas sociales y en el proceso de desarrollo; mejorar la capacidad de análisis de la situación o identificación de situaciones y grupos de riesgo; formular políticas que persigan la equidad en salud y se fortalezca la cobertura de los servicios; concentrar los recursos en intervenciones eficaces contra daños y riesgos, con el aumento de la eficiencia del sector, mediante la redefinición de las formas de conducción y de organización sectorial; superar los desequilibrios entre las fuerzas de trabajo del sector salud y las necesidades de los servicios, y finalmente, respaldar las estrategias y prioridades programáticas, que se basan en el esfuerzo de salud en el desarrollo y la administración del conocimiento acumulado, para lograr una mejor salud de toda la población.</p>
-------------------------	---

**Nota.** Información tomada y ajustada de Salud pública y complejidad: Historia, conceptos y ejes de Maldonado, y otros (2019) en repositorio digital de la Universidad El Bosque (p. 19)

Antes de la epidemia de 1348, las autoridades de algunas poblaciones tuvieron que afrontar disputas basadas en los conocimientos y creencias de la época. Según Rius (2019) Estas medidas podían ir desde la limpieza de las calles y la recogida y el envío fuera de las ciudades de los productos de desecho, hasta la sepultura de cadáveres, la realización de procesiones e incluso la expulsión de personas que supuestamente llevaban una vida que podía ofender a Dios (p.122)

Ahora bien, cuatro conceptos principales están frecuentemente interrelacionados y son fundamentales para las teorías de la enfermería: persona, medio ambiente, salud y enfermería. Estos cuatro se conocen colectivamente como metaparadigma para la enfermería. Como se observan en la ilustración 4.

**Ilustración 4.**

*Metaparadigma de enfermería.*



**Nota.** Tomado de Teorías y Modelos de enfermería en sitio web <https://yoaenfermeriablog.com>

En resumen, desde los primeros tiempos de la historia, todas las sociedades se han visto afectadas por los fenómenos de la enfermedad. Desde la antigüedad, la sociedad humana ha utilizado muchos métodos para prevenir la propagación de enfermedades. La mayoría están llenas de símbolos espirituales. La salud mundial se ha beneficiado de la vacunación. Es la mejor herramienta para la prevención de enfermedades infecciosas (EPI) y una importante contribución a la justicia.

Tal es el caso, del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), en el mundo fue lanzado en mayo de 1974, fuertemente impulsado por las exitosas lecciones aprendidas de la erradicación de la viruela, la transmisión del virus polio y del beneficio observado con la aplicación de otras vacunas tales como la vacuna sarampión (Valenzuela T. , 2020). Debido a las infecciones bacterianas y virales se desarrollaron varias vacunas dichos agentes infecciosos se observan en la tabla 2

## Tabla 2.

*Algunas propiedades epidemiológicas de enfermedades en la niñez.*

Agente Infeccioso	Edad promedio (años) de infección, países desarrollados, previo a la vacunación	Índice de infecciosidad ( $R_0$ )	Coberturas críticas de vacunación para bloquear la transmisión $P_c$ (%)
Sarampión	4-5	15-17	92-95
Tos Ferina	4-5	15-17	92-95
Parotiditis	6-7	10-12	90-92
Rubeola	9-10	7-8	85-87
Difteria	11-14	5-6	80-85
Virus Polio	12-15	5-6	80-85

**Nota.** Tomado de Importancia de las vacunas en Salud Pública: hitos y nuevos desafíos de Valenzuela (2020) en revista clínica Los Condes (p.236)

Para lograr la reducción de las enfermedades inmuno-prevenibles la estrategia fundamental es lograr altas coberturas de vacunación. La meta para los 194 países miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) era alcanzar coberturas  $\geq 90\%$  (Valenzuela, 2020, p.234)

Las enfermedades son de cuidado y monitoreo, la infección es una amenaza importante para la salud y la seguridad. De acuerdo con Sorrentino (2020), una infección es un estado de enfermedad resultante de la invasión y el crecimiento de microbios en el cuerpo.



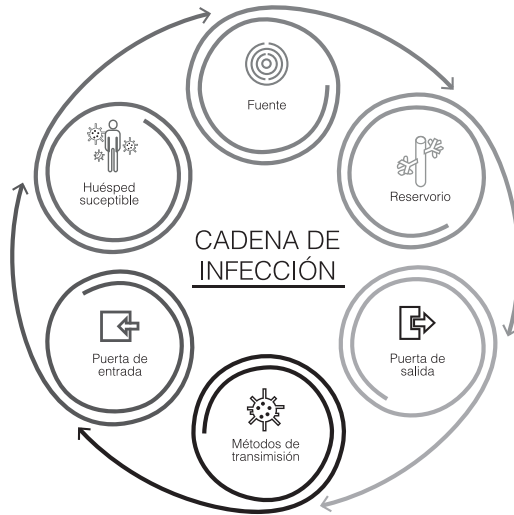
De acuerdo con el autor una cadena de infección tiene:

- **Fuente:** un patógeno.
- **Reservorio:** el patógeno necesita un lugar donde pueda crecer y multiplicarse. Un portador es un humano o animal que es un reservorio de microbios pero que no desarrolla la infección. Los portadores pueden transmitir patógenos a otros.
- **Puerta de salida:** el patógeno necesita una forma de salir del reservorio. Las salidas son las vías respiratoria, gastrointestinal (GI), urinaria, reproductiva, lesiones en la piel y la sangre.
- **Método de transmisión:** el patógeno es transmitido a otro huésped.
- **Puerta de entrada:** el patógeno entra en el cuerpo. Las puertas de entrada y salida son las mismas: las vías respiratoria, gastrointestinal, urinaria, reproductiva, lesiones en la piel y la sangre.
- **Huésped susceptible:** el microbio transmitido necesita un huésped donde pueda crecer y multiplicarse.

Esta cadena puede observarse en la ilustración 4.

**Ilustración 5.**

*Cadena de Infección de patógenos.*



**Nota.** Tomado de Cadena de infección y métodos de transmisión de microbios de (Sorrentino, 2020)

**Conceptos generales**

**La salud**

Históricamente, el concepto de salud ha cambiado para abordar la complejidad y heterogeneidad de la población, limitando en muchos casos las importantes funciones de la salud pública: gestionar, prevenir, mejorar y promover la salud.

En 1948 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definía la salud como el “completo estado de bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedades y dolencias” (Recalde, 2022, p.16)

Valenzuela (2016), considera que el concepto de salud y la salud misma no deben tratarse sólo desde algunas dimensiones del ser humano, sino que, por el contrario, deben abarcar aspectos socio-históricos de acuerdo al contexto, integrales, acordes a la complejidad humana, considerando aspectos tales como:

- Condiciones de vida.
- El entorno biológico sociocultural, y económico.
- Emocionales.
- Espirituales y mentales.

A juicio de Ordinola (2022), la salud se refiere al grado en que los individuos y los estilos de vida están vinculados a nuestra salud, incluyendo el ámbito social inmediato de socialización, así como las condiciones que permiten el compromiso activo y responsable con nuestra salud, por consiguiente, son servicios de prestación médica (p.14).

Para Páez (2020), la salud no es estática sino procesual, dialéctica, cambiante y compleja, en la que inciden factores personales y del contexto, del orden de lo biológico, actitudinal, social y cultural; con tendencia a la estabilidad, según procesos adaptativos, interaccionales, culturales, e históricos (p.204).

Desde la perspectiva biomédica se considera la salud como el estado normal que entra en discontinuidad cuando la persona sufre la agresión por un agente causal, que le impide realizar las actividades cotidianas preferidas (Recalde, 2022)

Desde concepciones populares, pasando por las creencias ancestrales hasta los elementos científicos dan cuenta de la visión que se ha tenido durante años de lo que significa salud. Dichas perspectivas se reflejan en la tabla 3.

**Tabla 3.****Diferentes nociones de la salud.**

Año	Autor	Argumentos Centrales
	Ejemplos de concepciones populares	La salud es no estar enfermo. La salud es vivir feliz La salud es no sentir dolor y poder trabajar La salud es poder llegar a viejo sin depender de otro
1900	Galeno	La salud es el equilibrio íntegro de los principios de la naturaleza, o de los humores que en nosotros existen, o la actuación sin ningún obstáculo de las fuerzas naturales. O también es la cómoda armonía de los elementos.
1935	Renè Leriche	La salud es la vida en el silencio de los órganos
1941	Henry Sigerist	La salud no es solo la ausencia de enfermedad, sino que es algo positivo, una actitud gozosa ante la vida y una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida hace recaer sobre el individuo.
1942	Paul Valery	La salud es el estado en el cual las funciones necesarias se cumplen insensiblemente o con placer
1943	Georges Canguilhem	La noción de salud una categoría que usamos para calificar el margen de tolerancia o seguridad que cada uno posee para enfrentar y superar las infidelidades (restricciones) del medio. Es un criterio convencional normativo. La salud no es solo la vida en el silencio de los órganos, es también la vida en la discreción de las relaciones sociales
1948	Organización mundial de la Salud OMS	La salud es el completo estado de bienestar físico mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o dolencias. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados
1956	Renè Dubos	Salud es un estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor, que permite a la persona en cuestión funcionar efectivamente por el más largo tiempo posible en el ambiente donde por elección está ubicado

1978	Declaración de Alma Ata	La salud, que es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad; es un derecho humano fundamental y la consecución del nivel de salud más alto posible es un objetivo social prioritario en todo el mundo, cuya realización requiere la acción de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sector sanitario
1984	Kamó Nikolaievich Simonian	La salud es el estado de completa satisfacción sociobiológica y psíquica, cuando las funciones de todos los órganos y sistemas del organismo están en equilibrio con el medio natural y social, con la ausencia de cualquier enfermedad, estado patológico, defecto físico.
1980	Instituto de Desarrollo de la Salud de la Habana	La salud es una categoría biológica y social que existe en unidad dialéctica con enfermedad, resultante de la interrelación dinámica entre el individuo y su medio y que se expresa en un estado de bienestar físico, mental y social, y está condicionada por cada momento histórico del desarrollo social
1980	Milton Terris	Salud es un estado de bienestar físico mental y social (componente subjetivo) con capacidad de funcionamiento (componente objetivo) y no únicamente la ausencia de malestar o dolencia
1984	Ingman Pörn	La salud es el estado que una persona obtiene exactamente en el momento en que su repertorio de acción es relativamente adecuado a los objetivos y metas por ella establecidos. Metas requeridas para lograr un bienestar mínimo y duradero
1986	Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud	El concepto de salud, como bienestar, trasciende la idea de formas de vida sanas... La promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario... Las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos prerrequisitos

1986	VIII Conferencia Nacional de Salud Brasilia	En sentido amplio, la salud es la resultante de las condiciones de alimentación, habitación, educación, renta, medio ambiente, trabajo, transporte, empleo, tiempo libre, libertad, acceso y posesión de tierra y acceso a los servicios de salud. Siendo así, es precisamente el resultado de las formas de organización social de producción, las cuales pueden generar grandes desigualdades en los niveles de vida
1989	L Salleras Sanmarti	La salud es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, y de la capacidad de funcionamiento, que permitan los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad
1996	James Frankish	La salud es la capacidad de la gente para adaptarse, responder, o controlar los cambios y retos de la vida
1997	Declaración de Yakarta	“La salud es un derecho humano básico y esencial para el desarrollo económico y social”

**Nota.** Información obtenida de ¿Qué se ha entendido por salud y enfermedad? de Gómez (2018), en revista Facultad Nacional de Salud Pública (p.71).

La salud para Gallego (2018) es la búsqueda del estado personal de bienestar que todo ser humano ostenta como derecho, la consecución de un nivel básico de salud implica trabajar para que se garanticen unas condiciones óptimas que permitan prevenir, combatir y asumir la presencia de la enfermedad de la forma más digna y sencilla posible (p.633)

Desde este punto de vista, interesa entonces tener claro el “concepto de pública”. Si se realiza una revisión exhaustiva de la literatura sobre el concepto, se encontró a Vargas (2019) quien plantea que, la salud pública implica una acción de gobierno en materia de salud (programas de atención), o una acción conjunta del gobierno y la comunidad (participación social), o bien de servicios que se aplican al ambiente (p.61)

Teniendo en cuenta a Gómez, Guarín, Uribe, & Vergel (2020) la salud pública es una disciplina que trae consigo garantizar la protección de la salud de la población, teniendo en cuenta sus múltiples aspectos tales como: la exposición a los diferentes factores de riesgo, la susceptibilidad individual, los factores hereditarios, aquellos factores que pueden ser modificables, como la dieta, el ejercicio, las creencias propias, entre otras.

Si este es el caso, debería quedar claro que la salud pública no es una disciplina académica, sino más bien un campo académico en el que se co-

nectan varias disciplinas. La labor administrativa del ministerio se utiliza en la educación pública para la salud, por lo que el alcance de su trabajo es poblacional.

### **La salud: deber y derecho**

El derecho a la salud está garantizado a través de diversas leyes internacionales. Sin perjuicio del marco general establecido por la Carta de Derechos Humanos, los sistemas de protección de la OEA y del Consejo de Europa aseguran la protección absoluta de la salud individual y colectiva.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que el derecho a la salud es un derecho fundamental de todas las personas, que considera acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de calidad. Además, se relaciona estrechamente con otros derechos humanos (DDHH), como la no discriminación, acceso a la información y participación (Dois & Bravo, 2019, p.2)

Así mismo, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de ONU ha sido enfático en establecer como elementos esenciales en el derecho a la salud la aceptabilidad y la calidad, lo que significa que todos los establecimientos y servicios de salud tienen el deber de ser respetuosos y culturalmente apropiados para la población que atienden, (Dois & Bravo, 2019)

La buena atención de la salud es un derecho humano estrechamente relacionado con el derecho a la salud. Los usuarios y profesionales participantes destacan que la buena atención es un aspecto fundamental de la atención sanitaria.

El cuidar en el campo de la enfermería requiere de conocimientos para la atención de la persona enferma. Por esto es que el enfermero profesional debe tener el perfil de persona capaz de producir tranquilidad, seguridad, confianza y apoyo efectivo (Paredes, 2021).

Para Gallego (2018), el derecho a la salud no se corresponde con el derecho a estar sano, sino que el primero oscila desde el estatus mínimo de protección primaria hasta el más alto nivel posible de salud que se pueda garantizar, de conformidad con las circunstancias y condiciones de cada región (p.634).

La existencia de normas escritas de actuación común dentro de los equipos, servicios y unidades de enfermería dependen de cada nación, políticas públicas y centro asistencial. Sin embargo, hay deberes comunes que los profesionales deben acatar, como por ejemplo la atención adecuada a las necesidades del paciente y al nivel del conocimiento científico, al uso racional

de los recursos, al respeto a la dignidad y al derecho de participación de los pacientes en las propias decisiones información (Godina, 2023)

### **Decálogo de derechos de los pacientes**

De acuerdo con Guerra, Rojano, & De Anda (2023), el derecho a la salud, hoy es más amplio, más robusto, más garantista, los derechos están estructurados de la siguiente manera:

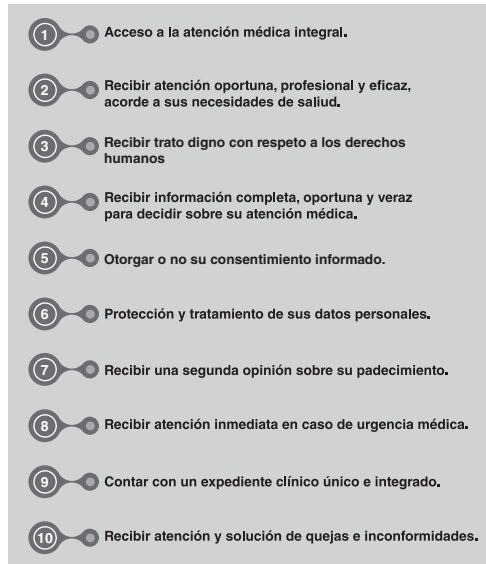
1. Acceso a la atención médica integral.
2. Recibir atención oportuna, profesional y eficaz, acorde a sus necesidades de salud.
3. Recibir trato digno con respeto a los derechos humanos.
4. Recibir información completa, oportuna y veraz para decidir sobre su atención médica.
5. Otorgar o no su consentimiento informado.
6. Protección y tratamiento de sus datos personales.
7. Recibir una segunda opinión sobre su padecimiento.
8. Recibir atención inmediata en caso de urgencia médica.
9. Contar con un expediente clínico único e integrado.
10. Recibir atención y solución de quejas e inconformidades (p.11)

Como se observa en la ilustración 6, se establecen 10 elementos para los derechos de los pacientes.



## Ilustración 6.

### *Decálogo de los derechos del paciente.*



**Nota.** Tomado de Decálogos de derechos y obligaciones de pacientes y profesionales de la salud de sitio web conamed.gob.mx

### **Decálogo de obligaciones de las y los profesionales de la salud**

Brindar trato digno y respetuoso, sin discriminación alguna y de acuerdo con los principios científicos y éticos que orientan la práctica profesional, utilizando todos los recursos y conocimientos a su alcance en beneficio de las y los pacientes (Guerra, Rojano, & De Anda, 2023).

Algunas obligaciones por parte del personal de enfermería se describen como:

1. Brindar trato digno a pacientes, familiares y/o cuidadores.
2. Brindar información integral a pacientes, familiares y/o cuidadores.
3. Abstenerse de garantizar resultados y facilitar una segunda opinión en caso de duda o incertidumbre.
4. Integrar, cuidar y resguardar el expediente clínico.
5. Garantizar la privacidad y confidencialidad de los datos personales de las y los pacientes.

6. Utilizar correctamente los recursos sanitarios de los que disponga.
7. Recabar el consentimiento informado Obligación.
8. Referir a la o el paciente oportunamente a un profesional o unidad médica de mayor capacidad resolutive.
9. Actualización y certificación profesional permanente.
10. Responder y resolver las inconformidades y quejas por la atención médica brindada (p.13)

#### Decálogo de derechos de las y los profesionales de la salud

Ejercer la profesión en forma lícita, libre, autónoma y sin coacción, en igualdad de derechos y condiciones; y asociarse libremente para promover sus intereses profesionales (Guerra, Rojano, & De Anda, 2023).

1. Ejercer la profesión en forma lícita, libre y responsable.
2. Participar en la mejora de la calidad de la atención.
3. Contar con infraestructura, equipamiento y material necesario.
4. Recibir información necesaria, completa y veraz por parte de los pacientes, familiares y/o cuidadores.
5. Recibir trato digno y respetuoso.
6. Acceso a actividades para el desarrollo y crecimiento profesional.
7. Recibir asesoría jurídica y acceder voluntariamente a mecanismos alternativos de solución de controversias.
8. Contar con protección para salvaguardar su prestigio, honorabilidad, derechos humanos; y en su caso ejercer su derecho de réplica.
9. Inconformarse ante la autoridad por actos de discriminación o maltrato.
10. Recibir remuneración por su trabajo (p.16)

#### **Objetivos de la salud pública**

El desafío de la Cobertura Universal en Salud (CUS), constituye un objetivo global inscrito en las metas a alcanzar para el 2030, en el que se define a la salud como «un impulsor, un indicador y un resultado del desarrollo sostenible».

En este contexto, las decisiones gubernamentales, la formulación e im-

plementación de políticas, la movilización de recursos, el involucramiento e impulso desde el seno de la sociedad en su conjunto, deben propugnar al logro de este objetivo, como medio y fin para el desarrollo y bienestar de nuestra población (Del Carmen, 2019, p.288).

Dentro de este marco, los objetivos del Desarrollo Sostenible proponen, en el objetivo tercero, garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades; para ello, una de sus metas es lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos lo que de modo evidente refuerza lo ya planteado desde Alma-Ata (Almeida, Artaza, Donoso, & Fábrega, 2018)

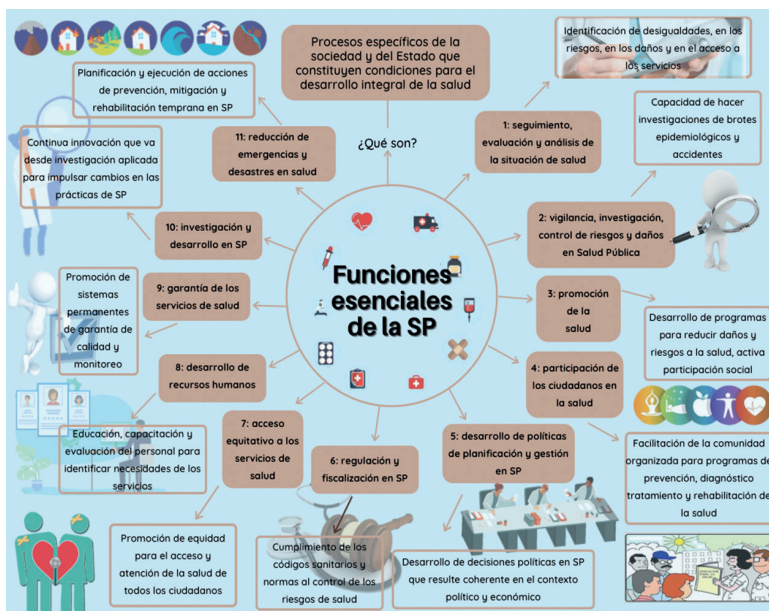
En consecuencia, para lograr el desarrollo sostenible es fundamental garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos a cualquier edad. En este sentido, Naciones Unidas (2018), señalan que se han obtenido grandes progresos en relación con el aumento de la esperanza de vida y la reducción de algunas de las causas de muerte más comunes relacionadas con la mortalidad infantil y materna.

### **Funciones de la salud pública**

Las FESP (Funciones Esenciales de la Salud Pública) se han definido como las condiciones que permiten un mejor desempeño de la práctica de la salud pública. Para Recalde (2022), existe un amplio consenso entre las tres iniciativas quedando al final un listado de 11 funciones como se describen en la ilustración 7.

**Ilustración 7.**

*Funciones esenciales de la salud pública.*



**Nota.** Tomado de Funciones esenciales de la salud pública en sitio web <https://www.pinterest.com.mx/pin/710935491175656355/>

**Enfermedad y dolencia**

Para referirse a las enfermedades Recalde (2022), sostiene que, expresamos la misma palabra en castellano, aunque en la lengua inglesa tengan distintas acepciones, Así:

- a. Illness se refiere a la sensación subjetiva de enfermedad.
- b. Sickness a la implicancia social o cultural de una afección.
- c. Disease a la manifestación clínico patológica de la misma.

A medida que conocemos más sobre una enfermedad la denominación de la misma podrá cambiar o no de acuerdo al uso de las palabras en la literatura médica (p.14).

## Determinantes sociales de la salud

Desde la antigüedad la salud ha sido definida como la ausencia de enfermedad. Debido a la complejidad de la salud, existen muchos conflictos y factores diferentes que influyen en la salud, los cuales deben ser considerados en el concepto de salud porque están interconectados como la biología, genética, familia, sociedad, medio ambiente, nutrición, economía, trabajo, cultura, valores, educación, salud y religión. En general, los avances en la ciencia, la medicina, la tecnología y la educación han cambiado muchas de estas cosas, incluidas las biológicas.

En años más recientes se sostiene con mayor fuerza que las condiciones sociales influyen fuertemente en la posibilidad de tener una buena salud. La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS, en el año 2008 definió a los Determinantes Sociales de la Salud como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud”. (De la Guardia & Ruvalcaba, 2020, p.84)

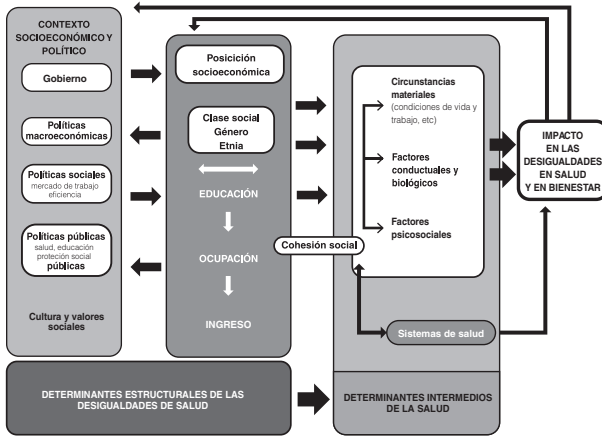
Para Recalde (2022), los determinantes sociales contextuales son la gobernanza, tanto de las políticas macroeconómicas como sociales y públicas, los elementos de la cultura y los valores sociales que actúan en forma diferencial sobre la posición social de los individuos y grupos sociales según las estructuras de clase, poder, prestigio y condiciones de discriminación (p.24)

Según Vincés & Campos (2019), plantean que, el mayor peso en mortalidad tiene el estilo de vida 43%, seguida de la biología humana con 27%, el medio ambiente con 19%, y los sistemas de salud con 11%, sin embargo, el mayor gasto se hace en el sistema de salud con el 90,6%, seguido muy atrás por la biología humana, con solo 6% (p. 485)

En la Figura 1 se describe el Modelo de Determinantes Sociales de la Salud que recomienda la OPS/OMS para su abordaje, el cual menciona dos grandes rubros de Determinantes.

**Figura 1.**

*Determinantes de la salud según OMS.*



**Nota.** Tomado de La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria de (De la Guardia & Ruvalcaba, 2020) en Journal of Negative and No Positive Results

Los autores antes mencionados señalan las diferencias que configuran el estado de salud de cada individuo a través de su repercusión sobre determinantes intermedios, como las condiciones de vida, estilos de vida, circunstancias psicosociales, factores conductuales o biológicos y el propio sistema de salud. Entre los determinantes se encuentran:

1. Estructurales y/o sociales: se refiere a aquellos atributos que generan o fortalecen la estratificación de una sociedad y definen la posición socioeconómica de la gente. Estos mecanismos configuran la salud de un grupo social en función de su ubicación dentro de las jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos. El adjetivo “estructural” recalca la jerarquía causal de los determinantes sociales en la generación de las inequidades sociales en materia de salud. Son aquellos que tienen que ver con: posición social, género, raza y grupo étnico, acceso a la educación y al empleo.

2. Intermedios y personales: Los determinantes intermedios se distribuyen según la estratificación social y determinan las diferencias en cuanto a la exposición y la vulnerabilidad a las condiciones perjudiciales para la salud. Las principales categorías de determinantes intermedios de la salud son:

- a. Circunstancias materiales: calidad de la vivienda y del vecindario, posibilidades de consumo (medios financieros para adquirir alimentos saludables, ropa apropiada, etc.) y el entorno físico de trabajo.
- b. Circunstancias psicosociales: factores psicosociales de tensión, circunstancias de vida y relaciones estresantes, apoyo y redes sociales.
- c. Factores conductuales y biológicos: nutrición, actividad física, consumo de alcohol, tabaco y drogas; los factores biológicos también incluyen los factores genéticos.
- d. Cohesión social: la existencia de confianza mutua y respeto entre los diversos grupos y sectores de la sociedad; contribuye a la manera en que las personas valoran su salud.
- e. Sistema de salud: exposición y vulnerabilidad a los factores de riesgo, acceso a los servicios y programas de salud para mediar las consecuencias de las enfermedades para la vida de las personas (p.85)

Para (Vinces & Campos, 2019) el estudioso investigador Faúndez A, proyecta que los determinantes sociales son tanto de carácter socio individual; como aquéllos derivados de la estructura de una sociedad, es decir, los determinantes sociales de la salud son referido tanto a la circunstancia social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales son conjugadas en consecuencias para la salud. (p.483)

En este contexto de determinantes de la salud también son fundamentales los recursos, habilidades y capacidades que cada persona tenga, las redes comunitarias existentes, la participación de las personas en esas redes y el apoyo social que reciben de ella.

Además, el modelo de Dahlgren y Whitehead explica cómo las inequidades en salud son resultado de las interacciones entre distintos niveles de condiciones causales, desde aquel que corresponde al individuo y a las comunidades hasta el nivel correspondiente a las condiciones generales, socioeconómicas, culturales y medioambientales (Cárdenas, Juárez, Moscoso, & Vivas, 2017)

De acuerdo con Lima (2017) en el informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS pone gran énfasis en la desigualdad dentro de una sociedad y menos en las desigualdades entre las naciones, centrado en la necesidad de fortalecer la llamada “gobernanza global” y explicitando la necesidad de coordinación entre los diversos organismos intergubernamentales.

Así mismo, el autor afirma que, algunas de estas ideas posteriormente darán lugar a acciones tales como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), centrados en la erradicación de la pobreza extrema entre 2000 y 2015, y su sucesor, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que incluye la aspiración del desarrollo sostenible en sus tres dimensiones económica, social y ambiental, para el período 2016-2030 (p.2106)

Además, la OMS está trabajando en una iniciativa para construir una cultura de la salud en la que, en base a esos conocimientos, todos puedan tomar decisiones saludables en su vida diaria y en la forma en que utilizan los servicios de salud (Darias, 2022, p.31)

### **Determinantes de la salud pública**

Los determinantes del estado de salud de la población han estado sometidos a las contingencias históricas de la especie humana, abarcan desde factores ambientales, biológicos, conductuales, sociales, económicos, laborales, culturales y, por supuesto los servicios sanitarios como respuesta organizada y especializada de la sociedad para prevenir la enfermedad y restaurar la salud.

De acuerdo con De la Guardia & Ruvalcaba (2020), Marc Lalonde, ministro de sanidad canadiense, en el documento Nuevas Perspectivas de la Salud de los canadienses (1974), enunció un modelo que ha tenido gran influencia en los últimos años y que establece que la salud de una comunidad está condicionada por la interacción de cuatro grupos de factores:

1. El medio ambiente: que incluye factores que afectan al entorno del hombre y que influyen decisivamente en su salud, son los relativos no sólo al ambiente natural, sino también y muy especialmente al entorno social.
2. Los estilos y hábitos de vida: en el que se consideran los comportamientos y hábitos de vida que condicionan negativamente la salud. Estas conductas se forman por decisiones personales y por influencias de nuestro entorno y grupo social.
3. El sistema sanitario: entendiendo como tal al conjunto de centros, recursos humanos, medios económicos, materiales y tecnologías, etc., condicionado por variables como la accesibilidad, eficacia y efectividad, centros y recursos, así como la buena praxis y cobertura, entre otros.



4. La biología humana: se refiere a la carga genética y los factores hereditarios, adquieren gran relevancia a partir de los avances en ingeniería genética logrados en los últimos años que abren otras posibilidades y que en su aspecto positivo podrán prevenir enfermedades genéticamente conocidas, pero que plantean interrogantes en el terreno de la bioética y las potenciales desigualdades en salud dados los costos que estas prácticas requieren.

Desde el punto de vista de Karam, Castillo, Moreno, & Ramírez (2019), la visión de la CDSS/OMS sobre los determinantes sociales se expresa de la siguiente forma:

- a. La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual a nivel mundial y nacional del poder, de los ingresos, los bienes y los servicios.
- b. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud, no es en ningún caso un fenómeno “natural”, sino resultado de una nefasta combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política.
- c. Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país. (p.63)

Lo que es lo mismo, a los factores que influyen en la salud denominamos determinantes de la salud. Mientras que la atención de la salud y los servicios sociales se focalizan en la salud deteriorada, la mejoría de los factores determinantes positivos está fuera del alcance de los servicios de salud (Recalde, 2022) Por ello, varias teorías buscan explicar la acción de los determinantes en las condiciones de salud, en la tabla 4 se establecen algunos autores que hay trabajado sobre la base de los determinantes de la salud.

**Tabla 4.***Determinantes de la salud.*

Marco	Autor	Año	Resumen
Concepto de los campos de salud	Lalonde	1974	La atención de la salud no es el único determinante de la salud. Los campos de la salud son la biología, el estilo de vida, el ambiente y los servicios de salud.
Arco de políticas	Dahlgreen y Whitehead	1991	Los determinante de la salud existen como capas interrelacionadas de influencia.
Modelo del Campo de la salud	Evans y Stodant	1990	La salud no es solo la ausencia de enfermedad para considerar el estado funcional de salud y el bienestar.
Modelo de determinación social	Diderishen y Hallqvist	1998	Las condiciones sociales afectan la situación social del individuo lo cual a su vez determina el riesgo de salud.

**Nota.** Tomado de Salud pública. Introducción y generalidades de Recalde (2022) en la (p.20)

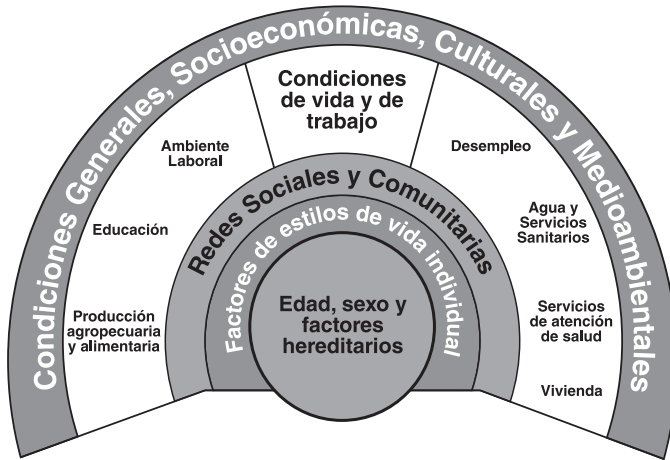
El modelo frecuentemente citado de Whitehead explica cómo las desigualdades sociales en salud son el resultado de las interacciones entre los diferentes niveles de las condiciones causales, de lo individual a las comunidades a nivel de las políticas nacionales de salud.

El arco de política de Dahlgren y Whitehead identifica los factores determinantes de la salud. Algunos factores de riesgo como la edad, el sexo y los factores genéticos no pueden ser modificados, pero otros factores si, como, las conductas personales y estilos de vida, que, sin duda, influyen en su potencial para la salud y bienestar del individuo.

El modelo busca discutir la importancia relativa entre los factores de riesgo y la posible intervención en ellos, en la figura 2 se representa el arco de Dahlgren y Whitehead.

**Figura 2.**

*Arcoíris de los determinantes de Dahlgren y Whitehead.*

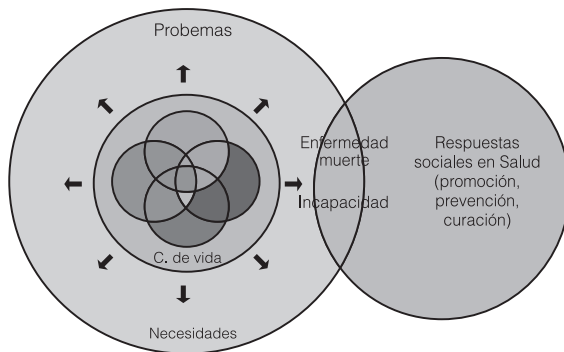


**Nota.** Tomado de Determinantes Sociales de la Salud en Chile. En la Perspectiva de la Equidad de (Marín & Jadue, 2005)

Ante los efectos generados por los determinantes a distintos niveles de organización poblacional (problemas), aquellos son planteados como necesidades de la sociedad a los que ésta responde con distintas medidas como la curación, la prevención y la promoción de la salud. Éstos se muestran en la figura 3.

**Figura 3.**

*Efecto de los determinantes.*



**Nota.** Nota. Tomado de Salud pública. introducción y generalidades de Recalde (Recalde, 2022) en (p.23)

Como se ha venido desarrollando, la distribución social de los efectos sobre la salud influye en los estilos de vida y la mayoría de las respuestas a las actividades de prevención y promoción, tienen que ver precisamente con ese nivel alcanzado y la conciencia colectiva del cuidado en el ámbito de salud y bienestar.

El nivel de vida alcanzado en una sociedad, por ejemplo, puede influir en la elección de un individuo de la vivienda, el trabajo social e interacciones, así como los hábitos de comer y beber. Del mismo modo, las creencias culturales sobre el lugar de la mujer en la sociedad o las actitudes dominantes en las comunidades de minorías étnicas pueden influir en su estándar de vida y posición socioeconómica.

**Nuevos escenarios de las desigualdades sociales en salud**

En un mundo que pasa por transformaciones profundas, algunos procesos sociales se amplifican con el proceso de la globalización, cada vez más importante por sus implicaciones sobre las desigualdades en salud. Por su actualidad, relevancia e implicaciones, dos aspectos de las desigualdades de salud serán resaltados aquí: la urbanización y la migración.

Un Ejemplo de ello lo refiere Lima (2017) quien señala que, en 2014, el 54% de la población mundial vivía en zonas urbanas. En 1950, este porcentaje era de sólo el 30%; se estima que en 2050 el porcentaje será superior a 70%. América Latina y el Caribe tienen un 80% de su población concentrada en las

zonas urbanas, una tasa similar a América del Norte (p.2102). De hecho, estas aglomeraciones según el autor, crean una serie de problemas y retos con repercusiones en el sector de la salud y que tienden a ser desigual e injustamente distribuidos en el espacio y entre los grupos sociales.

En definitiva, es muy importante entender los signos de salud para saber que la salud se logra cuando estas decisiones son óptimas o con un alto nivel de desarrollo según los estándares establecidos. La definición de estas normas es responsabilidad del Ministerio de Salud como parte de sus funciones administrativas. Alcanzar la salud es como alcanzar un alto nivel de vida, por eso es muy difícil porque la sociedad es diferente. Pero eso es exactamente lo que quiere la sociedad.

### **Promoción de la salud**

Es conocido que la epidemiología y la promoción de la salud son disciplinas básicas de la Salud Pública.

De acuerdo con De la Guardia & Ruvalcaba (2020) la promoción de la salud trabaja tomando en cuenta el origen de los determinantes, analizando la forma en que las personas se exponen a los riesgos, poniendo énfasis en averiguar cómo pueden éstas ya sea protegerse o volverse más resilientes, y utilizar los determinantes favorables para impulsar su bienestar.

Para Vargas (2019) la promoción de la salud no es una disciplina ya que para ejecutarla se requiere la acción sobre los determinantes, y por lo tanto del aporte de muchas disciplinas, por lo que es un error “cosificar” el concepto (p. 63)

En este sentido, la promoción de la salud no son sólo las acciones necesarias para fortalecer habilidades y capacidades individuales, sino también los procesos políticos y sociales del mundo, incluidas acciones que apuntan a cambiar los procesos sociales, ambientales y económicos para reducir su impacto. Afecta a la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso de permitir que las personas aumenten su control sobre los factores que determinan su salud y, por lo tanto, mejoren su salud.

Para Ravelo, y otros (2018), la promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla, tal como se recoge en el Glosario de Promoción de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Con base en las ideas y prácticas de la salud pública, es importante comprender que el logro de la salud debe realizarse sobre la base de indicadores

de salud, y esto no se puede lograr con el aporte de una agencia independiente. Este es el resultado de que varios actores sociales, corporativos o no, hagan su trabajo de manera correcta e idealmente transparente.

Los resultados de esta acción se reflejan en mejoras en la calidad de vida, el bienestar y la independencia funcional de las personas. Invertir en Promoción de la Salud brinda un mayor beneficio en salud, así como en un menor gasto.

Según De la Guardia & Ruvalcaba (2020) en la carta de Ottawa se menciona las 5 funciones de la Promoción de la Salud:

1. Desarrollar aptitudes personales para la salud: se refiere a proporcionar la información y las herramientas necesarias para mejorar los conocimientos, habilidades y competencias necesarias para la vida.
2. Desarrollar entornos favorables: consiste en impulsar que las personas se protejan entre sí y cuiden su ambiente. Para ello estimular la creación de condiciones de trabajo y de vida gratificantes, higiénicas, seguras y estimulantes.
3. Reforzar la acción comunitaria: impulsar la participación de la comunidad en el establecimiento de prioridades, toma de decisiones, elaboración y ejecución de acciones para alcanzar un mejor nivel de salud.
4. Reorientar los servicios de salud: impulsar que los servicios de salud trasciendan su función curativa y ejecuten acciones de promoción, incluyendo las de prevención específica.
5. Impulsar políticas públicas saludables: colocar a la salud en la agenda de los tomadores de decisiones de todos los órdenes de gobierno y de todos los sectores públicos y privados (p.87)

La promoción de la salud se ha constituido, desde finales del siglo pasado (OMS, 1986) en una de las principales áreas de la política en salud pública a nivel mundial

En 1945, Henry Sigerist planteó que la medicina debía desarrollar cuatro grandes tareas: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento del enfermo y rehabilitación (Calventus & Bruna, 2018)

Así mismo, la PE (prevención de enfermedad) se refiere al conjunto de actividades aplicadas a los individuos o los grupos en riesgo con el propósito de evitar la aparición de un daño a la salud o de mitigar sus efectos; su interés es patocéntrico (Calventus & Bruna, 2018,p.69)

Posteriormente, en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, *Alma-Ata*, organizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se incluye una referencia explícita a la promoción. En el punto III de esta Declaración se afirma: “la promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial”

De aquellos primeros planteamientos respecto de la promoción se cuestionó, fundamentalmente, su excesivo énfasis en la responsabilidad individual; los análisis posteriores han considerado factores más sociales y estructurales (Calventus & Bruna, 2018, p.69)

En otras palabras, el núcleo de la estrategia de relaciones públicas reside en el empoderamiento humano. Pero el documento también considera varias necesidades básicas para la salud, incluidas la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, los ingresos, los ecosistemas sostenibles, la protección de los recursos, la justicia social y la ley.

El concepto de promoción de la salud está expresado en la Carta de Ottawa, que se centra en cinco áreas principales: creación de políticas de salud pública, creación de un buen entorno de apoyo, fortalecimiento del trabajo comunitario, desarrollo de habilidades personales y reforma de los servicios de salud.

En este contexto, la promoción de la salud aporta en la construcción del tejido social al tiempo que empodera a las personas en el autocuidado de la salud (Rodríguez, 2021).

Resulta vital aclarar que, la prevención primaria se desarrolla en todos los niveles de atención, sea en un programa de prevención primaria, como las inmunizaciones en el primer nivel, hasta la prevención de escaras en un tercer nivel de atención (Quintero, De la Mella, & Gómez, 2017).

Existen tres tipos y cinco niveles de prevención; como se observan en la tabla 5.

**Tabla 5.***Tipos y niveles de prevención en salud.*

Tipos de prevención	Niveles de prevención
Prevención primaria	1. Promoción de salud 2. Protección específica
Prevención secundaria	3. Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno 4. Limitación del daño
Prevención terciaria	5. Rehabilitación

**Nota.** Describe tres niveles que se corresponden con los tipos de prevención. Tomado de Quintero, De la Mella, & Gomez, 2017, p. 107.

Para el desarrollo y el logro del Buen Vivir de la ciudadanía ecuatoriana, se implementó el MAIS-FCI, mediante el cual se desarrollan nuevas formas relacionales, y se ubica al individuo, la familia y la comunidad en el centro de la atención, instalando buenas prácticas, desarrollando intervenciones orientadas hacia resultados de impacto social.

Es decir, para Gafas, Roquem, & Bonill (2019) el MAIS-FCI es el primer nivel de atención donde se aplica el programa de especialización en Medicina Familiar y Comunitaria y tiene las siguientes características:

- Atención integral al individuo, la familia y la comunidad: esta forma supera la anterior, la cual estaba centrada en el hombre enfermo, con carácter eminentemente biologicista.
- Reconocimiento del área de influencia y familias asignadas a los equipos de atención integral de salud (EAIS): se ajustan a los estándares establecidos por la Normativa del MSP y el MAIS para el primer nivel de atención.
- Dispensarización de la población: proceso organizado, continuo y dialéctico, que ha permitido el registro de las personas y familias en la ficha familiar y la evaluación de la situación de salud de estos, de forma planificada.
- Planificación de actividades intra y extramurales: realización de consultas, visitas domiciliarias, visitas a establecimientos educativos, laborales, comunitarios, etc.

Por otro lado, el modelo de promoción de la salud sugiere que las decisiones positivas en salud son aquellas que contribuyen a mejorar la vida de



las personas y la vida laboral. El propósito de la promoción de la salud es promoverlas por encima de todo. Los determinantes del riesgo son aquellos que afectan la salud de la población y alteran negativamente la morbilidad y la mortalidad. El objetivo de la promoción de la salud es prevenirla o limitarla.

La promoción de la salud posee una estrecha relación con la educación para la salud, cuyos fines principales se orientan a que las personas definan sus necesidades y encuentren maneras para fomentar una vida saludable.

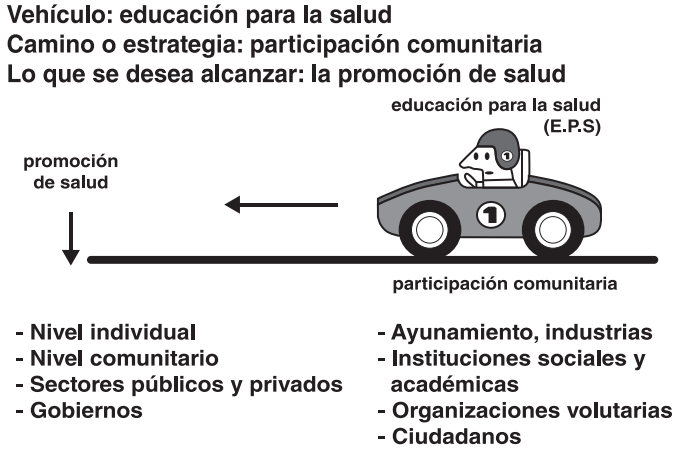
En la actualidad, la promoción de la salud también se ha convertido en un integrador de saberes y se destaca como un componente transversal a las ciencias de la salud, además de las ciencias sociales, ambientales y económicas (Rodríguez, 2021).

Estos términos se utilizan indistintamente, y resulta de utilidad esclarecerlos; Quintero, De la Mella, & Gómez (2017), señalan que el vehículo es la educación para la salud; el camino o la estrategia lo constituye la participación comunitaria, y la promoción de salud lo engloba todo. Se destaca que, sin participación comunitaria, no es correcto referirse a la promoción de salud; muchas pueden ser las herramientas utilizadas de educación para la salud, pero debe existir la participación comunitaria: dígase escuelas, centros de trabajo o el barrio, entre otros ambientes (p.105).

Una forma de explicarlo gráficamente, se muestra la figura 5, donde se observa la relación entre educación para la salud, participación comunitaria y promoción de salud.

**Figura 4.**

*Diferencia entre educación para la salud y promoción de la salud.*



**Nota.** Diferencia entre educación para la salud, participación comunitaria y promoción de salud, tomado de Quintero, De la Mella, & Gomez, 2017, p.105)

En la promoción de la salud, la participación de la comunidad es esencial para lograr objetivos en salud comunitaria y salud pública. Al empoderar a las personas, busca proporcionarles los medios necesarios para optimizar su salud. De hecho, una de las prioridades promulgadas en 1997 en la Conferencia de Yakarta fue, incrementar la capacidad de la comunidad (Rodríguez, 2021).

De esta manera, los agentes de la comunidad no solo representan actores clave en el sistema de atención de la salud, sino que también facilitan las interacciones con las familias a través de actividades como el acompañamiento social y la educación.

**Contribuciones de la Promoción de la Salud**

El propósito de promover la salud envuelve el fortalecimiento de la capacidad individual y colectiva en la solución de problemas que afectan los modos de vivir y de enfermarse de sujetos en sus territorios. Eso se fortalece al combinarse con los aspectos: confianza, solidaridad, apoyos mutuos, alianzas, acción intersectorial, movilización social, compromiso, entre otros.

Ese conjunto de aspectos podría agruparse y denominarse potencias de un territorio social para la producción de salud y vida según Nogueira, Goncalves, & Akerman (2021) algunos aspectos promocionales de la vida y salud son:

1. Intersectorialidad: moviliza la acción colaborativa entre sectores de gobierno y entidades de la sociedad civil.
2. Sostenibilidad: fortalece la capacidad de reacción de los servicios de salud pública y de asistencia sociales; con prácticas que transformen la competencia y fortalezcan la solidaridad; sin descuidar el equilibrio ambiental.
3. Empoderamiento y Participación en las medidas de salud pública: por medio de información válida y adecuada (culturalmente apropiada y que aborde los aspectos de interfaz con la COVID), no solo en términos de protección individual, sino principalmente en el aumento de la resistencia colectiva.
4. Equidad: como “no están todos en el mismo barco” (34) hay que observar si los diferentes grupos sociales están siendo tratados de forma diferente.

En este contexto, la participación comunitaria juega un papel de vital importancia en la promoción en salud puesto, que, según Suarez, Martinez, Garcia, & Palacio (2018), fue definida en la Conferencia de Alma Ata como el proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propio y los de la colectividad, mejorando la capacidad de contribuir a su propio desarrollo y al comunitario.

Algunos puntos clave como estrategia para la promoción de la salud se describen en la tabla 6.

**Tabla 6.***Estrategias para la promoción.*

<p>Puntos clave</p> <p>Dificultades identificadas para facilitar la participación en el desarrollo de proyectos comunitarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cultura de participación.</li> <li>• Paternalismo institucional.</li> <li>• Liderazgo municipal.</li> <li>• Ordenación del desarrollo de programas de salud comunitaria.</li> <li>• Estructura y funcionamiento de los espacios intersectoriales de trabajo (mesas intersectoriales, consejos de salud).</li> <li>• Información sobre activos de salud o sobredosificación de datos epidemiológicos.</li> <li>• Herramientas metodológicas para facilitar la participación en el desarrollo de proyectos comunitarios:</li> <li>• Impulsar espacios intersectoriales de trabajo con una adecuada representatividad de los sectores clave, evitando la duplicidad de estructuras.</li> <li>• Fomentar el uso de herramientas comunitarias orientadas a la acción, que partan no solo de las necesidades, sino también de los intereses de la población.</li> <li>• Potenciar el uso de herramientas creativas adaptadas a la población a la que queremos llegar, que inciten a la participación (mapping party, photovoice, vídeos comunitarios.).</li> <li>• Desarrollar instrumentos normativos orientados a facilitar la acción comunitaria en salud.</li> <li>• Socializar el conocimiento, facilitando procesos de reflexión que partan desde modelos que tengan en cuenta déficits y activos de la población.</li> <li>• Partir de un análisis de las causas de los problemas que permita reorientar las acciones hacia los determinantes de salud, basándose en principios de equidad y justicia social.</li> </ul> <p>Desarrollo de políticas públicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecer el liderazgo municipal que tenga en cuenta una perspectiva de salud en todas las políticas, en el que transcurren la mayor parte de las políticas de bienestar</li> <li>• Desarrollo en los niveles macro, meso y micro de las políticas de salud y bienestar</li> </ul>
--

**Nota.** Información obtenida de La promoción de la salud y su vínculo con la prevención primaria de Quintero, De la Mella, & Gómez (2017).

### **La educación para la Salud**

La educación para la salud es una herramienta y un vehículo que, cuando se desarrolla con la participación activa de las personas, se transforma en promoción de la salud. Los participantes deben estar implicados, motivados, comprometidos y empoderados, y pueden pertenecer a diferentes tipos de comunidades, centros laborales, estudiantiles donde todos son parte y forman

un entorno saludable: todos son importantes para lograr salud entre todos y para todos (Quintero, De la Mella, & Gómez, 2017, p.104).

Actualmente la Educación para la Salud (EPS) se considera como el proceso educativo para promover y educar en factores que inciden sobre la población en general y sobre cada individuo en particular. No solo es enseñar conductas, sino motivar al cambio para crear comportamientos saludables.

La EPS es un proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables, propugna los cambios ambientales necesarios para facilitar esos objetivos y dirige la formación profesional y la investigación hacia esos mismos objetivos. Básicamente es un proceso constructivo de promoción y cambios educativos enfocado a mejorar la salud de todas las personas.

Los objetivos de la EPS son: favorecer conductas positivas que dirijan a una vida saludable, lograr cambios medioambientales que ayuden a mejorar el entorno en el que vivimos y hacer partícipes y corresponsables a los individuos de su proceso del autocuidado de su salud (De la Guardia & Ruvalcaba, 2020, p.88)

### **Prevención de enfermedades**

Para Quintero, De la Mella, & Gómez (2017), la prevención primaria se cataloga como «la prevención del desarrollo inicial de una enfermedad»; a la prevención secundaria como «la detección precoz de una enfermedad existente para reducir la gravedad y las complicaciones», y a la prevención terciaria, como «la reducción del impacto de la enfermedad» (p. 108). Así lo refleja la figura 5.

**Figura 5.**

*Historia de la enfermedad y sus niveles de prevención.*

PERIODO PREPATOGENICO	PERIODO PATOGENICO		RESULTADO
	Periodo Sub-clínico	Periodo Patogénico	
Equilibrio: Agente - Medio - Huésped	Aparece la enfermedad, pero no se manifiesta	Aparecen signos y síntomas	Recuperación, cronicidad, invalidez o muerte
PREVENCIÓN PRIMARIA  Protección específica	PREVENCIÓN SECUNDARIA  Diagnóstico (precoz) Tratamiento		PREVENCIÓN TERCIARIA  Rehabilitación y/o Integración

**Nota.** Se observa la promoción de salud extendida a todos los tipos de prevención, y la prevención primordial como parte de la promoción de salud. Tomado del portal web <https://www.opimec.org>

La Organización Mundial de la salud (OMS) llama a la comunidad internacional a incrementar sus esfuerzos y a fijar prioridades en la prevención y el combate a los padecimientos no transmisibles, que son considerados un importante reto para el desarrollo sostenible (Tamayo, 2019, p.243).

Según el autor, las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son altamente prevenibles y en su mayoría están desencadenadas por la alimentación inadecuada, el sedentarismo, el consumo de bebidas de alto contenido calórico, de alimentos de bajo valor nutricional y la alta ingesta de tabaco y alcohol (p.243)

Las actividades comunitarias son aquellas actividades en un territorio que están dirigidas a promover la salud, incrementar la calidad de vida y el bienestar social de la población, potenciando la capacidad de las personas y grupos para el abordaje de sus propios problemas, demandas o necesidades.

En el contexto de la educación alimentaria y nutricional, todos se benefician de ella.

al nacer y a lo largo de la vida, una serie de normas de comportamiento y reforzadores, positivos o negativos, determinan su selección de productos y sus decisiones de consumo.

Por esta razón, la educación alimentaria y nutricional debe tener como objetivo promover o cambiar los hábitos alimentarios involucrando a todos los miembros de la comunidad ya sea niños, padres, maestros, responsables del

cuidado, etc., y fomentar la educación alimentaria para el bienestar. Una buena nutrición consiste en identificar y eliminar conceptos erróneos, patrones de comportamiento; así como determinar la función que cumple la comida en muchas áreas de la vida, la salud, la ciencia, producción, distribución y consumo de alimentos; y el énfasis que debe poner la educación, especialmente en la primera infancia, en la promoción de conceptos, actitudes y comportamientos claros y precisos de una buena alimentación.

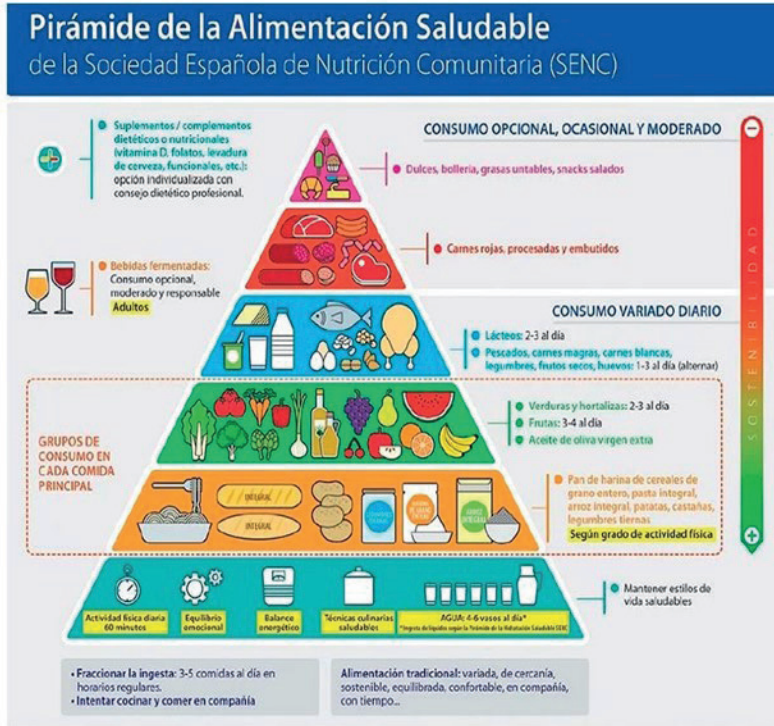
La OMS (Organización Mundial de la Salud) es quien establece las directrices principales sobre una alimentación saludable, sobre las que se basan las diferentes entidades encargadas de diseñar las guías alimentarias, entre las que se encuentran las Pirámides Alimentarias. Estas recomendaciones de alimentación se resumen en:

- Basar la alimentación en alimentos de origen vegetal: frutas y verduras principalmente, legumbres, cereales integrales, frutos secos y semillas. Se recomienda incluir verduras en cada ingesta, siendo un mínimo de 400 gramos diarios, y tomar al menos 3 piezas de fruta al día (unos 200 gramos por toma).
- Limitar el consumo de grasas, sobre todo las de procedencia de productos ultraprocesados, y tratando de que la mayor proporción de las grasas que se ingieran sean instauradas (de origen vegetal en su mayoría).
- Limitar el consumo de azúcares libres y añadidos. El consumo máximo de azúcares no debe superar los 25 gramos diarios, preferentemente, para un adulto sano. Para ello se deben evitar los refrescos y productos ultraprocesados.
- Limitar el consumo de sal y sodio. Su consumo debe estar por debajo de los 5 gramos diarios.

De acuerdo con Molina A. (2021), la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) publicó una nueva pirámide de la alimentación o pirámide nutricional, la cual representa de forma gráfica la cantidad y proporción de los diferentes grupos de alimentos que debemos consumir diariamente en una dieta equilibrada y saludable, como se muestra en la figura 6.

**Figura 6.**

*Pirámide de alimentación saludable actualizada por el SENC.*



**Nota.** Tomado de 'Guía de la Alimentación Saludable' de SENC, (SENC, 2019)

En el año 2020 se actualizó una herramienta denominada la rueda de la alimentación, la cual nos transmite unas pautas para una alimentación saludable. Se trata de otra representación gráfica que nos orienta para elegir y combinar los alimentos que debemos ingerir de forma diaria.

Para Molina A. (2021), una diferencia fundamental de la rueda con los diseños nutricionales piramidales, es que no jerarquiza la comida, sino que otorga igual importancia a los diferentes grupos y sí da una mayor importancia a las cantidades o porciones necesarias de cada uno, (p.18) Por ello, cada día se apoya más el nuevo diseño en forma de rueda en el que no se considera que haya grupos de alimentos más importantes que otros, sino cantidades adecuadas y necesarias de cada uno, como se observa en la figura 7.



El autor refiere que, la nueva Rueda de los Alimentos está compuesta por 7 grupos de alimentos de diferentes tamaños, que indican la proporción de peso con la que cada uno de ellos debe estar presente en la comida diaria:

- Cereales y derivados, tubérculos – 28%
- Verduras – 23%
- Fruta – 20%
- Productos lácteos – 18%
- Carne, pescado y huevos – 5%
- Legumbres -4%
- Grasas y aceites – 2%

Sin olvidarnos, claro está, del consumo diario de agua, entre 1,5 y 2 litros diarios.

**Figura 7.**

*Rueda de la alimentación.*



**Nota.** Tomado de Llegado el racionamiento, vamos a organizar los alimentos (Simarro, 2017)

---

## Curación y Rehabilitación

### Concepto de curación y rehabilitación

Proceso que resulta de la aplicación integrada de muchos procedimientos para lograr que el individuo recupere su estado funcional óptimo, tanto en el hogar como dentro de la comunidad, en la medida que lo permita la utilización de todas sus posibilidades residuales. Es una especialidad médica que se ocupa de la restauración de las capacidades perdidas a causa de una enfermedad, trastorno o lesión (Vargas M. , 2019).

Cabe considerar por otra parte que, según Vargas (2019) los objetivos de la rehabilitación principalmente se caracterizan por:

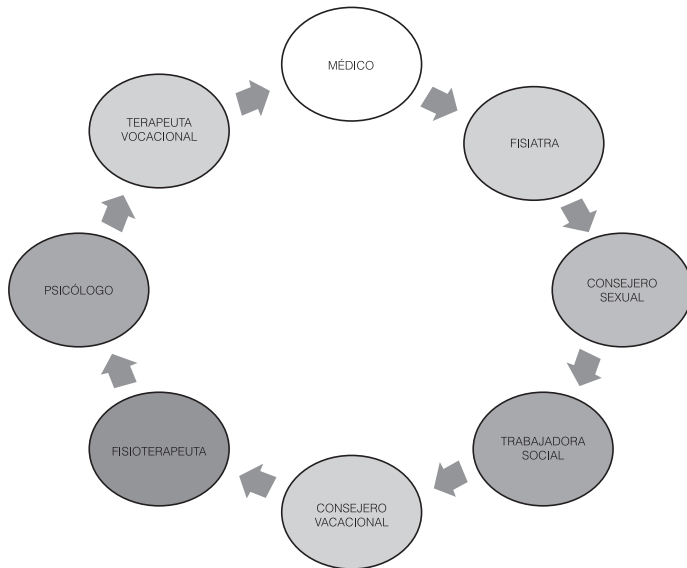
- Ayudar al paciente a conseguir el máximo nivel posible de funcionalidad previniendo las complicaciones, reduciendo la incapacidad y aumentando la independencia.
- Prevenir el aumento de la limitación.
- Aumentar o mejorar la función.
- Lograr comunicación verbal o no verbal.
- Participar en la recreación.
- Asegurar una vida económica emocional lo mejor posible.
- Ofrecer apoyo a la familia e integrarla en el manejo del paciente.

### Equipo de rehabilitación

La rehabilitación es un procedimiento creativo; requiere un grupo de profesionales para cuidados de la salud que trabajen juntos y contribuyan con sus servicios especializados a una meta común, que es ayudar tanto como sea posible a restaurar las funciones del paciente o buscar alternativas para suplirla (Vargas M. , 2019). El equipo de rehabilitación puede observarse en la figura 8.

**Figura 8.**

*Equipo de rehabilitación.*



**Nota.** Generalidades de la rehabilitación y funciones de enfermería de (Vargas M. , 2019) en repositorio digital de la Universidad Autónoma del estado de México.

En este sentido, la Dirección Nacional de Estadísticas (2018), precisa que el 15 % de todas las personas a nivel mundial sufren algún tipo de discapacidad. De ellas, más de cien millones son niños, quienes tienen cuatro veces más posibilidades de ser víctimas de algún tipo de violencia. La mayor parte viven en los países en desarrollo y al menos un 50 % no tiene acceso a los servicios de asistencia médica (Sánchez, Deschapelles, & Caballero, 2022, p.3)

Según estudios realizados por el registro de la Dirección Nacional de Estadísticas, existen cuatro causas de discapacidad. La primera se refiere a la intelectual con una tasa de 10,2 x 1000 habitantes; la segunda, físico motor con 8,25; la tercera la discapacidad mental, con 5,3 de tasa, la cuarta causa es la auditiva con un reporte de 4,6 y la última la visual; de 3,9.

Esto se relaciona con la necesidad de proponer nuevos indicadores de salud positiva, así como indicadores de desigualdades e inequidades en salud. También requerirá implementar técnicas etnográficas y aplicar métodos de análisis interseccional y multinivel, que contribuyan, en conjunto, a superar el carácter lineal y descriptivo de los estudios tradicionales de salud poblacional (López R. , 2018).

# **SALUD PÚBLICA**

## EN ENFERMERÍA

### **Capítulo II**

# *Atención Primaria de Salud*



## Generalidades y conceptos de la Atención Primaria de Salud

La salud, entendida como un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades”, es un fenómeno social complejo que depende de la interacción de múltiples factores sociales, políticos, económicos, culturales y científicos.

En la Conferencia Internacional de Alma-Ata (Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas, 6 al 12 de setiembre de 1978), se propuso, para el logro de un estado de bienestar y de la materialización del derecho a la salud, la herramienta esencial sobre la atención primaria de salud (APS) (Almeida, Artaza, Donoso, & Fábrega, 2018). Es decir, esta alternativa de atención primaria implica una acción integral que va más allá de los enfoques reduccionistas centrados en la enfermedad.

En el caso de América Latina debe encaminarse hacia sistemas de salud basados en APS participativos, con líderes con inteligencia emocional, que descubran sus propios eventos transformadores, busquen la calidad y combinen varios tipos de liderazgo (Puertas, Sotelo, & Ramos, 2020). En otras palabras, deben ser estrategias para liderar al sistema en su transición hacia organizaciones recipientes, y “alquimistas” para lograr verdaderas transformaciones en salud, con la voluntad y humildad de quien trabaja para alcanzar la salud universal.

Como lo expresa Ríos (2022), la atención primaria de salud (APS) es definida a veces con las cuatro C: continua, comprensiva, al punto del primer contacto y coordinada con otros tipos de atención. La coordinación de funciones busca entre otros objetivos, la eficiencia y costo-efectividad de las intervenciones.

Para el autor el personal de APS está ubicado en un punto que combina la prevención con enfoque poblacional con las personas de alto riesgo. En tal sentido, la extensión de las enfermedades no transmisibles en los países de bajos y medianos ingresos requieren la integración de programas integrados de cobertura universal accesible a través de la APS.

La atención primaria de salud (APS) se define como “la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país”. Se considera como el núcleo del sistema de salud de un país y como parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad (Delgado, Villacreces, Solorzano, & Delgado, 2021)

En 1978, en la conferencia de Alma Ata, la OMS y la UNICEF definieron a la APS como una estrategia y un conjunto de actividades para alcanzar la meta de “salud para todos en el año 2000”. La APS, no se debe confundir con el primer nivel de atención o con los servicios básicos de salud (Toledo, 2023).

La APS se desarrolla en diferentes programas verticales, con escasa coordinación y articulación, pero un cambio reciente en la política prioriza la instalación progresiva de equipos de Salud Familiar. En conclusión, la APS puede contribuir para aumentar la salud, equidad y participación (Recalde, 2022).

La atención primaria de salud puede satisfacer la mayoría de las necesidades de salud de una persona a lo largo de su vida, incluidos la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos.

Es una estrategia que busca, mediante tecnologías y métodos sociales, clínicos y científicos, proveer asistencia esencial, continua e integral a las personas, familias y comunidades en condiciones de cercanía. Según la OMS 1978 “primer elemento de asistencia sanitaria” que se garantiza por ser de alta calidad, y prestación de servicios multidisciplinarios (Coque, 2017).

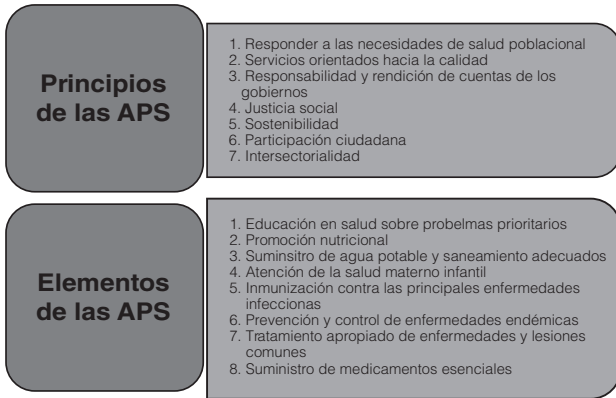
### **Valores, principios y elementos de la atención primaria de salud**

El mismo autor señala que, dentro de los resultados de esta conferencia de Alma Ata se resumen en los llamados 7 principios y los 8 elementos de la APS. Los sistemas de salud con enfoque en APS se fundamentan en los principios que forman las bases para las políticas de salud, la generación y asignación de los recursos, la prestación de servicios y la evaluación de las acciones.

Los elementos pueden ser estructurales y funcionales, se entrelazan y forman parte de todos los niveles de un sistema de salud, y deben basarse en la evidencia actual de su efectividad para la mejora de la salud de las personas. En la figura 9, se muestran dichas síntesis.

**Figura 9.**

*Principios y elementos de la APS.*



**Nota.** Tomado de Introducción a la Atención Primaria de Salud (APS) de (Toledo, 2023) en informe de secretaria de Gobierno (p.6)

De acuerdo con Toledo (2023) Primary Health Care Performance Initiative, integra el marco conceptual de la APS en 5 dominios:

1. Sistema.
2. Entradas.
3. Prestación de Servicios.
4. Salidas.
5. Resultados.

A su vez, cada dominio está integrado por diversos componentes y sub-componentes los cuales se presentan la figura 10.



**Figura 10.**

*Marco conceptual de la APS.*



**Nota.** Tomado de La Atención Primaria de Salud. Marco conceptual y experiencias regionales de (Bascolo, 2020)

La Atención Primaria de Salud (APS) ha sido considerada una estrategia efectiva el bienestar de la población y reducir las inequidades en salud en la medida en que coadyuva eficazmente a enfrentar los determinantes sociales de éstas.

De acuerdo con Pincay, Vélez, Jaime, & Vélez (2020), su aporte a la salud y a la reducción de las inequidades en esta materia, se realiza a través de la disminución de los problemas de accesibilidad y utilización de los servicios, la organización de respuestas integrales y continuas a las necesidades, así como, a la movilización y participación social.

De igual forma, los autores mencionan que, los principios que caracterizan a la atención primaria de salud (APS), con independencia del país o comunidad en que se desarrolle, son los siguientes:

- **Integral:** abordando los problemas y necesidades de salud de la persona desde una perspectiva biopsicosocial, considerando siempre sus componentes biológicos, psicológicos y sociales como partes indisolubles de los procesos de salud-enfermedad.

- **Integrada:** asumiendo que los procesos de atención sanitaria deben contemplar de forma constante y coordinada actuaciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y análisis del entorno social.
- **Continuada y longitudinal:** desarrollando sus actividades a lo largo de toda la vida de las personas, en los diferentes lugares en que vive y trabaja.
- **Activa:** realizada por unos profesionales que no se limitan a actuar como receptores pasivos de los problemas y demandas, sino que trabajan de forma activa y anticipatoria detectándolos en sus fases más precoces.
- **Accesible:** sin existencia de barreras que dificulten la utilización de sus recursos por las personas que los necesiten o que las discriminen en función de su raza, creencias o situación económica.
- **Desarrollada por equipos:** formados por profesionales sanitarios (medicina, enfermería...) y no sanitarios (trabajo social, administración...).
- **Comunitaria y participativa:** enfocando la atención de las necesidades y problemas de salud tanto desde una perspectiva personal como colectiva o comunitaria, y contando con la participación activa y constante de los actores implicados.
- **Programada y evaluable:** a partir del desarrollo de actuaciones que respondan a objetivos y métodos predeterminados y con herramientas de evaluación adecuadas.
- **Docente e investigadora:** con capacidad y reconocimiento docente e investigador en los ámbitos que le son propios.

Dentro del marco del sistema de la APS existen componentes que delimitan su funcionamiento, en la tabla 8 se describen algunos de ellos.

**Tabla 8.**

*Marco para los sistemas de salud basados en APS.*

Componentes	Cambios	Contenidos
Reorientación de los servicios	Sistemas de salud basados en promoción de la salud y en	Garantizar servicios de atención primaria como "puerta de entrada". Completamente con atención especializada y protección social. Mecanismos de coordinación e integración
La estrategia de atención primaria	La renovación operativa de la estrategia de atención primaria	Definición de una base poblacional, priorización de grupos poblacionales vulnerables, énfasis en atención ambulatoria, descentralización de servicios, sistemas de salud integrados, redistribución de los recursos humanos de acuerdo con las necesidades de la población, el aumento de la importancia de los equipos humanos de trabajo transdisciplinario.
Prestación de servicios	Servicios de Salud son: "aquellos entregados por personal de salud en forma directa o por otras personas, bajo la supervisión de estas con los propósitos de (...) promover, mantener y/o recuperar la salud, y en segundo lugar de minimizar las disparidades, tanto en el acceso a los servicios de salud como en el nivel de salud de la población"	- Impulsar mejoras en la calidad de los servicios. Un modelo efectivo debe buscar un adecuado equilibrio entre los servicios personales y colectivos, entre servicios curativos y promoción, orientándose a la promoción y al auto cuidado de la salud.
Componentes	Cambios	Contenidos
Gestión de políticas públicas hacia la cobertura universal	Reorientación de los servicios de salud hacia la demanda, o sea en función de las necesidades y exigencias de salud de la población.	Desarrollo de la intersectorialidad para promover universalidad. Construcción de estrategias promocionales de calidad de vida y salud (indicadores de vida saludable). Servicios integrados de atención e integrales de la población y cotinuidad de la atención.
El modelo de atención	Para el modelo son importantes; el grado de pertinencia de la oferta a las necesidades de la demanda, el grado de accesibilidad y aceptabilidad de los servicios, el nivel de integración de los servicios.	Descentralización sistematizada de los recursos informáticos, poner la internet, la telemedicina y los campos virtuales al servicio de las gentes más alejadas. Sistemas de salud basados en la autonomía, descentralización e integración de redes.

**Nota.** Tomado de Importancia de la atención primaria de salud en la comunidad de (Pincay, Vélez, Jaime, & Vélez, 2020) en revista Reciamuc.

Para (Ríos, 2022) La APS se sustenta en valores, principios y elementos constitutivos. Los valores son la solidaridad, la equidad y el derecho al mayor nivel de salud posible; y los principios son la respuesta a las necesidades de salud de la población, la orientación hacia la calidad, la responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, entre otros.

De otro modo, los factores y barreras que surgen en la APS se reflejan en la tabla 7.

**Tabla 7.**

*Factores facilitadores y barreras en APS.*

Área	Factores facilitadores	Barreras
Visión o enfoque hacia la salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Enfoque integral hacia la salud y sus determinantes.</li> <li>-Promoción la salud comunitaria.</li> <li>-Promoción de la responsabilidad individual, familiar y comunitaria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Visión fragmentada de los conceptos de salud y desarrollo.</li> <li>-Indiferencia hacia los determinantes de la salud.</li> <li>-Énfasis excesivo en la atención curativa y especializada</li> <li>-Operatividad insuficiente de los conceptos de APS</li> <li>-Diversidad de interpretaciones de la APS</li> </ul>
Características del sistema de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Cobertura universal como parte de la inclusión social.</li> <li>-Servicios basados en la necesidad de la población</li> <li>-Funciones de coordinación en todos los niveles</li> <li>-Atención basada en evidencia y calidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Reformas de salud que han dividido a la población basándose en su capacidad de pago de los servicios de salud</li> <li>-Segmentación entre los sectores público, social y privado</li> <li>-Falta de coordinación y de sistemas de referencia.</li> <li>-Capacidad normativa deficiente.</li> </ul>
Liderazgo y gestión	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Evaluación periódica del desempeño</li> <li>-Proceso de reforma participativos.</li> <li>-Identificación correcta de las prioridades sectoriales.</li> <li>-Prácticas de construcción de consenso</li> <li>-Integración de la cooperación local y mundial</li> <li>-Sistema de información de salud y de gestión fortalecidos e integrados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ausencia de compromiso político</li> <li>-Centralización excesiva de la planificación y la gestión</li> <li>-Liderazgo débil y falta de credibilidad ante los ciudadanos</li> <li>-Movilización de intereses opuestos a la APS</li> <li>-Participación comunitaria limitada y exclusión de otras partes interesadas.</li> </ul>
Recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Énfasis en la calidad y mejoramiento continuo</li> <li>-Educación profesional continua.</li> <li>-Desarrollo de equipos Multidisciplinarios.</li> <li>-Promoción de la investigación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Condiciones inadecuadas de empleo.</li> <li>-Desarrollo deficiente de competencias</li> <li>-Interés limitado en la Investigación. operativa y el desarrollo.</li> <li>-Pobre utilización de técnicas de gestión y comunicación.</li> </ul>

<p>Condiciones financieras y macroeconómicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Políticas para garantizar el financiamiento adecuado al largo del tiempo.</li> <li>- Sistema para la asignación y utilización eficiente de los recursos.</li> <li>-Políticas macroeconómicas más sólidas a favor de la población pobre y vulnerable.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Alta de sostenibilidad financiera de la APS.</li> <li>-Gasto público concentrado en especialistas, hospitales y alta tecnología.</li> <li>-Inadecuación de los presupuestos asignados a la APS</li> </ul>
<p>Cooperación enfocada al sector de la Salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-La APS refleja los valores sociales y necesidades de la población.</li> <li>-La APS es un elemento fundamental de las políticas nacionales de salud.</li> <li>-Las reformas fortalecen el papel rector del estado.</li> <li>-Marcos políticos y legales para la reforma en materia de salud.</li> <li>-Políticas de descentralización progresiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Estrategias y prioridades dirigidas a enfermedades específicas.</li> <li>-Valores sociales no considerados en las iniciativas de reforma.</li> <li>-Objetivos no realistas y limitados en el tiempo que no reflejan las prioridades de la población.</li> <li>-Enfoque excesivamente verticales y centralizados</li> <li>-Transferencia de costos a los ciudadanos sin suficiente consulta.</li> </ul>

**Nota.** Tomado de Salud Pública. Introducción y generalidades de Ríos (2022), (p. 32)

El amanecer del siglo XXI despertó el afán por los Modelos basados en APS, buscando respuestas a diversas preguntas. No obstante, cabría anotar que sólo los modelos sociales y nacionales de carácter público han logrado hacer efectiva la APS así como las transformaciones sustantivas en la salud de la población (Franco, 2020).

### Historia de la APS en América Latina

El contexto histórico sociopolítico de América Latina ha revelado las diferentes preocupaciones de los países respecto de las cuestiones sociales, la sucesión de gobiernos democráticos y la presencia de gobiernos autoritarios, dictaduras militares, transiciones y procesos de restauración democrática, procesos de ajuste y reformas estructurales de gobiernos. Lo cual conlleva a las reformas de la atención de salud, la adopción de modelos de contención de costos y el desarrollo de redes de seguridad social, así como otros procesos, a veces diferentes, circunstanciales, que afectan directa o indirectamente a la población de los países latinos.

No obstante, estos fenómenos sociopolíticos no siempre han favorecido la implementación de la APS. A pesar de que distintos procesos dan cuenta de la intencionalidad de promover un cambio en el eje de las acciones de salud desde los puntos de vista individual y asistencial hacia las acciones colectivas, preventivas y de promoción, resultan insuficientes para alterar la práctica tradicional biomédica y asistencial a nivel de la APS (Almeida, Artaza, Donoso, & Fábrega, 2018, p.1)

Así mismo, en el contexto del devenir histórico en cada uno de los países a 40 años de la Declaración de Alma-Ata, la APS sigue apareciendo como la clave para materializar el derecho a la salud, dichos puntos clave están plasmados en la figura 11.

**Figura 11.**

*Evolución Histórica de la promoción de la salud.*

Evolución histórica de la promoción de la salud	
1974: Informe de Lalonde.	"Una nueva perspectiva de salud de los canadienses".
1974: Alma Ata.	Atención primaria de Salud: "Salud para todos en el año 2000".
1984: OMS.	Define los principios de promoción a la salud.
1986: Ottawa, Canadá.	Primera conferencia internacional de Promoción de la salud.
1988: Adelaida, Australia.	Políticas públicas favorables a la promoción de la salud.
1991: Sundsvall, Suecia.	Crear ambientes favorables para la promoción de la salud.
1992: Bogotá, Colombia.	Declaración de promoción de la salud en América Latina.
1997: Yakarta, República de Indonesia	"Nueva era, nuevos aires": incorpora al sector privado a la promoción de la salud.
1998: LI Asamblea Mundial de la Salud.	Hace un llamado a la comunidad internacional a implementar resoluciones sobre la promoción de la salud y apoyar las acciones en promoción de la salud.
2000: Santa Fe, México.	Se establecen planes nacionales de promoción de la Salud para los países de América Latina.
2005: Bangkok, Tailandia.	Determinantes de la salud en las alianzas para la acción sanitaria: disminución de desigualdades en el mundo globalizado.
2009: Naironi, Kenia.	Llamada a la "Acción de Nairobi": Reafirma a los valores los principios y las estrategias de acción de promoción de salud.
2013: Naironi, Kenia.	"Salud para todos es un objetivo social principal de los gobiernos y la piedra angular de desarrollo sostenible".
2016: Shangai, China.	Necesidad de adoptar medidas eficaces de buen gobierno centrados en la salud e identificando desigualdades sanitarias y de fuerzas comerciales contra la salud.

**Nota.** Tomado de Conceptos y antecedentes de la promoción de la salud en sitio web <https://blogs.ugto.mx/enfermeriaenlinea>

Por una parte, algunos modelos económicos han centrado su mirada en la eficiencia en el gasto público en salud y, muchas veces, dejaron en un segundo plano las necesidades y demandas explícitas de las comunidades.

Sin embargo, a pesar de las dificultades, se pueden constatar avances de acuerdo a la tabla 10. Con respecto a, las tasas de inmunización en la Región se mantienen elevadas, se aumenta de manera importante la cobertura de tratamiento antirretroviral, se duplica el gasto per cápita en salud y baja la mortalidad infantil, materna y por causas evitables (Almeida, Artaza, Donoso, & Fábrega, 2018)

**Tabla 8.**

*Indicadores demográficos, económicos relacionados con el sistema de salud, factores de riesgo y mortalidad de América latina y el Caribe para el 2000-2015.*

Indicadores	2000	2005	2010	2015
<b>Demográficos</b>	524.829.251	560.677.855	596.479.937	631.062.661
Crecimiento de la población (% anual)	1,45	1,28	1,21	1,08
Población > 65 años (hombres, % del total)	4,87	5,37	5,94	6,72
Tasa de fecundidad (nacimientos por mujer)	2,60	2,40	2,20	2,10
Esperanza de vida al nacer (años)	71,53	72,98	74,22	74,22
<b>Económicos</b>				
Desempleo (% de la población activa total) <sup>a</sup>	10,61	8,00	7,26	6,57
Tasa de incidencia de pobreza (% de la población total) <sup>b</sup>	11,70	9,80	6,00	4,50
PIB per cápita, PPA (dólar internacional actual) <sup>c</sup>	8635,1	10422,6	13280	15238,2
Gasto actual en salud (% del PBI) <sup>d</sup>	6,10	6,52	6,87	7,39
Gasto actual en salud per cápita, PPA (dólar internacional actual) <sup>d</sup>	536,70	677,49	894,78	1 081,34
Gasto intrenacional en salud per cápita, PPA (dólar internacional actual) <sup>d</sup>	236,94	300,07	439,73	556,71
Gastos de bolsillo (% del gasto actual en salud) <sup>e</sup>	42,07	42,36	33,95	31,27
<b>Sistema de salud</b>				
Inmunización con vacuna DPTe	90,73	93,61	93,21	90,09
Inmunización contra el sarampión <sup>f</sup>	93,58	92,73	93,28	92,66
Cobertura del tratamiento antirretroviral <sup>f</sup>	10,40	20,80	33,86	53,09
<b>Factores de riesgo</b>				
Prevalencia de desnutrición según la altura para la edad <sup>g</sup>	18,40	15,70	13,40	11,40
Prevalencia de sobrepeso <sup>g</sup>	6,80	6,80	6,90	7,00
Prevalencia de desnutrición (% de la población total)	11,95	8,99	6,93	6,58
<b>Mortalidad</b>				
ECV, cáncer, diabetes o ERC (30-70 años de edad, %)	20,42	28,58	17,29	15,99
Suicidios (por cada 100 000 habitantes)	6,82	6,94	6,93	7,05
Tasa de mortalidad en < 5 años (por cada 1 000 niños nacidos vivos)	33,43	26,19	24,62	18,07
Tasa de mortalidad infantil (por cada 1 000 niños nacidos vivos)	27,72	21,97	18,79	15,33
Tasa de mortalidad materna (por cada 100 000 nacidos vivos)	99,00	88,00	81,00	67,00

**Nota.** Tomado de La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de la Declaración de Alma-Ata de (Almeida, Artaza, Donoso, & Fábrega, 2018) en revista Panam Salud Pública, (p.3)

La estrategia de la APS llama a una fuerte participación social y la inclusión de aspectos interculturales como género y sexualidad, así como fortalecer experiencias como las mencionadas en algunos países de la región.



No hay duda de que la APS no se trata de “servicios deficientes para los pobres” sino de la mejor inversión para lograr la salud para todos. Un enfoque predictivo de la atención sanitaria y la mejora de la calidad de vida representa una respuesta comunitaria.

Estos cambios no pueden atribuirse únicamente al sector médico ni a dispositivos médicos específicos; representa cambios en los principios organizacionales, cómo intervenimos desde una perspectiva poblacional, cómo modelamos sistemas.

La capacidad resolutive de APS incluye contar con equipos interdisciplinarios de salud capacitados y con incentivos y condiciones laborales atractivas, sobre todo en áreas con dificultades en el acceso a la atención en salud, como por ejemplo áreas rurales dispersas o zonas urbanas y periurbanas pobres y excluidas (Almeida, Artaza, Donoso, & Fábrega, 2018,p.4).

### **Otras modalidades de atención**

Una modalidad de atención se define como una respuesta institucional organizada para atender las necesidades de salud de la población, considerando las condiciones psicosociales, culturales, biológicas y de accesibilidad a los servicios, para ofrecer al usuario(a) una atención integral con calidez y calidad basada en la evidencia (Franco, 2020).

En palabras del mencionado autor, en una entrevista a expertos en San José CR, 2007, afirma que las modalidades de atención contemplan diferentes aspectos del Modelo de Atención institucional, y plantea una jerarquización de categorías superior e inferior. A continuación, se describen algunas de ellas:

- **Gestión integral de riesgo:** estrategia para anticiparse a las enfermedades, detectar los riesgos y tratarlos precozmente, para impedir o acotar su evolución y sus consecuencias. El enfoque es individual y colectivo; clasifica las personas según su riesgo; implementa acciones de eliminación y mitigación del riesgo.
- **Gestión clínica:** sistemas de incentivos para pacientes y agentes del sistema (pago por resultados–desempeño); “administración gerenciada” para lograr eficiencia, indemnizatoria del aseguramiento.
- **Los Modelos Comunitarios:** después de publicada la Declaración de Astaná sobre APS, se refuerza la salud comunitaria:

¿Pero qué es salud comunitaria? de acuerdo con Franco (2020) la atención primaria está basada en los principios de la medicina comunitaria, funda-

mentada en las necesidades de salud de la comunidad y la respuesta a esas necesidades, en el estado de salud de la comunidad y en qué se ha hecho por parte de la comunidad.

Con respecto a la Salud Familiar/ Medicina Familiar posee carácter integral, familiar y social, fundamentado en el cuidado integral de las familias (prevención, autocuidado, gestión y promoción); con responsabilidad familiar y comunitaria, basado en estilos de vida saludables y acción multisectorial (Franco, 2020).

En palabras de Almeida, Artaza, Donoso, & Fábrega (2018), la APS es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país.

### **Construcción de sistemas de salud basados en APS**

De manera general puede señalarse que los sistemas de salud son estructuras complejas en constante dinamismo que tienen por objetivo principal satisfacer las necesidades de salud de la población.

Entre los propósitos de los sistemas de salud pública a nivel mundial, consta el enfoque a la Seguridad del Paciente, por lo que a nivel macro se abordan estrategias como lo son el fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente, implementación de prácticas seguras, sistemas de notificación monitoreo e investigación en seguridad del paciente, y demás acciones que permiten fortalecer la base de la Seguridad del Paciente, con ello lograr el buen desarrollo en la calidad de la atención que se brinda a los pacientes durante su proceso de atención. (Gómez K. , 2022)p.13

Un sistema de salud basado en la APS se define como un enfoque amplio de la organización y la operación de los sistemas de salud que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema. (Carballo, 2022). La OMS define un sistema de salud como “la suma de las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal compartido es mejorar la salud”.

Para Toledo (2023), es una estructura social constituida por el conjunto de personas y acciones destinados a mantener y mejorar la salud de la población. Incluye diversos elementos que se relacionan entre sí, como las políticas, las instituciones y los servicios que se llevan a cabo a través de acciones y actividades planificadas, organizadas, dirigidas y monitoreadas. Un sistema de salud debe:

- 
- **Ser universal:** cobertura total de la población.
  - **Prestar una atención integral:** incluye la promoción de la salud, así como la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad.
  - **Ser equitativo:** en la distribución de los recursos.
  - **Ser eficiente:** cumplir con los objetivos de manera oportuna y con la optimización de recursos
  - **Ser flexible:** para poder dar respuesta a las nuevas necesidades que se presenten.

**Ser participativo:** toda la población debe participar de algún modo en la planificación y la gestión del sistema sanitario.

Al mismo tiempo, y de acuerdo con Benavides (2021), el sistema de salud varía según cada país; en el Registro Oficial 258, 8-VI-2018 emitido por parte del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) se establece la tipología de los establecimientos por niveles de atención, los cuales se detallan en la tabla 9.

**Tabla 9.**

*Niveles de atención de salud.*

NIVELES DE ATENCIÓN, NIVELES DE COMPLEJIDAD, CATEGORÍA Y NOMBRES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD			
NIVELES DE ATENCIÓN	NIVELES DE COMPLEJIDAD	CATEGORÍA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	NOMBRE
Primer nivel de atención en salud	1. nivel de complejidad	I - 1	Puesto de salud
	2. nivel de complejidad	I - 2	Consultorio general
	3. nivel de complejidad	I - 3	Centro de salud - A
	4. nivel de complejidad	I - 4	Centro de salud - B
	5. nivel de complejidad	I - 5	Centro de salud - C
Segundo nivel de atención de salud	AMBULATORIO		
	1. nivel de complejidad	II - 1	Consultorio de especialidades clínico - quirúrgico
		II - 2	Centro de especialidades
	2. nivel de complejidad	II - 3	Centro clínico quirúrgico ambulatorio (Hospital de día)
	HOSPITALARIO		
	3. nivel de complejidad	II - 4	Hospital Básico
4. nivel de complejidad	II - 5	Hospital General	
Tercer nivel de atención de salud	AMBULATORIO		
	1. nivel de complejidad	III - 1	Centros especializados
	HOSPITALARIO		
	2. nivel de complejidad	III - 2	Hospital especializado
3. nivel de complejidad	III - 3	Hospital de especialidades	
Cuarto nivel de atención de salud	1. nivel de complejidad	IV - 1	Centros de experimentación pre registros clínicos
	1. nivel de complejidad	IV - 2	Centros de especialidades
	1. nivel de complejidad	APH - 1	Unidad de atención prehospitalaria de transporte y soporte vital básico

**Nota.** Tomado de Sobrepeso y obesidad: Abordaje integral del médico familiar en primer nivel de atención de salud de (Benavides, 2021) en Repositorio Digital de la Universidad Católica del Ecuador, (p. 7)

**Gobernanza y liderazgo**

Una sólida gobernanza debe ser guiada por líderes con competencias gerenciales, con una clara visión y habilidad para motivar y movilizar a otros tomadores de decisiones.

La gobernanza y liderazgo está formada por los siguientes subcomponentes:

- La implementación de la política de APS
- Gestión de calidad de los servicios de salud
- Responsabilidad social

Para Toledo (2023), las políticas de APS son decisiones y planes que toman los gobiernos con el aporte de otras partes interesadas para lograr objetivos específicos de atención médica. Se refieren a las leyes, principios rectores, marcos y formas de trabajo que guían la práctica, acciones y decisiones de prestación de servicios. La importancia de las políticas se debe a que:

- Mejoran el diseño de los sistemas de salud y mantienen la buena gobernanza y el liderazgo en la APS.
- Garantizan que las políticas, estrategias y planes estén fundamentadas en pruebas y se traduzcan en acciones.
- Establecen sistemas para la coordinación, seguimiento, integración e implementación de las políticas relacionadas con la APS, promoviendo una prestación de servicios eficaz y eficiente (p.14).

A nivel latinoamericano se enfrenta el reto de retomar el valor de la equidad y los desafíos de la gestión, superar la fragmentación o segmentación de los sistemas, garantizar la sostenibilidad financiera, mejorar la gobernanza, la calidad de la atención y los sistemas de información, ampliar las coberturas, así como aumentar la capacidad resolutoria del sistema público de salud (Carballo, 2022)

En el marco jurídico nacional, el gobierno ecuatoriano garantiza a la población el goce de atención médica en el ámbito de acciones de prevención como de resolución de patologías, por lo que debe instaurar herramientas que aseguren dicha facultad (Gómez, 2022, p.13).

Con respecto al sistema de salud consta de dos tipos de sectores los cuales incluyen diferentes instituciones, estos tipos de sectores se reflejan en la tabla 10 (Gualotuña, 2022).

**Tabla 10.**

*Sectores e instituciones del sistema de salud.*

Instituciones			Atención	
Público	Ministerio de Salud Pública (MSP)	Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES)	Toda la población, incluyendo a la no asegurada.	
Privado	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS)	Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas	Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional	Población Asegurada

**Nota.** Tomado de El uso de Geo-Herramientas epidemiológica como apoyo al Ministerio de Salud Pública en el marco de la pandemia de coronavirus COVID-19 de (Gualotuña, 2022) en repositorio digital de la Universidad de las Fuerzas Armadas (p. 22).

**Valores, principios y elementos de APS**

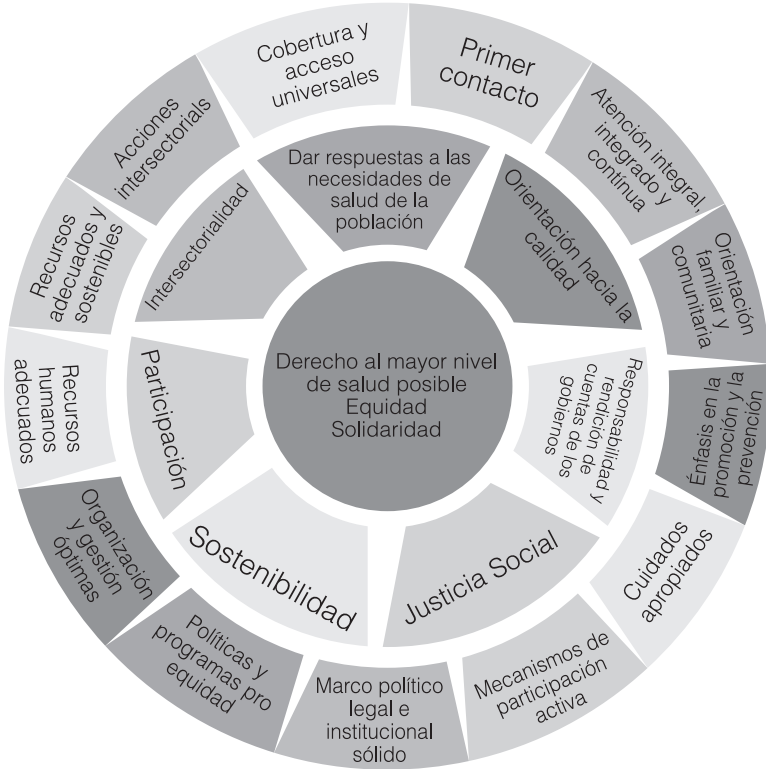
De acuerdo con Marambio (2023), la OPS y OMS hacen una “Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas”, en dicho documento, se invitó a revisar la estrategia de la APS con el objetivo de que se reflejara mejor las necesidades contemporáneas, en miras hacia los nuevos desafíos epidemiológicos (p.23).

Además, se presentaron los valores, principios y elementos esenciales que debería tener un sistema de salud basado en la APS, graficados en un círculo concéntrico de tres capas y plasmado en la figura 12.

Es particularmente destacable la atención integral e integrada a la comunidad, con orientación familiar y enfoque comunitario, con énfasis en la promoción y prevención. Este modelo es el que da sustento a la inserción de “lo familiar” en la atención de salud (Marambio, 2023).

**Figura 12.**

*Valores, principios y elementos esenciales en un sistema de salud basado en APS.*



**Nota.** Tomado de Salud familiar y salud bucodentaria de (Marambio, 2023) en revista Applied Sciences in Dentistry (p.24)

De acuerdo con (Delgado, Villacreces, Solorzano, & Delgado, 2021) Reformar la atención primaria y situarla en el epicentro de los esfuerzos para mejorar la salud y el bienestar son acciones cruciales por tres motivos:

- La atención primaria reúne las condiciones idóneas para responder a los rápidos cambios producidos en la economía, la tecnología y la demografía, los cuales repercuten en la salud y el bienestar.
- Se ha demostrado que la atención primaria es una forma muy eficaz y eficiente de abordar las principales causas y riesgos de la mala salud

y bienestar de hoy en día, así como de afrontar los nuevos problemas que amenazan la salud y el bienestar del futuro.

- La atención primaria también incluye los elementos fundamentales que se necesitan para mejorar la seguridad sanitaria y prevenir las amenazas para la salud, como las epidemias (p.292).

En fin, fortalecer la atención primaria es fundamental para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud y la cobertura sanitaria universal. Esto le ayudará a alcanzar otras metas además de sus objetivos de salud.

### **Atención primaria orientada a la comunidad, promoción y participación ciudadana**

La promoción de una vida saludable es un importante elemento de cualquier sistema sanitario, que tiene como objetivo crear buenas prácticas y organizar los servicios de salud pública para sostener el desarrollo y combatir los aspectos negativos del medio ambiente como las enfermedades infecciosas, la falta de alimentos y agua potable, saneamiento básico y alimento.

Las acciones de la salud comunitaria promueven la salud en un contexto amplio, a tal punto que algunos autores conceptualizan la promoción de la salud como “promoción de la vida” Por tanto, hablar de las acciones de los agentes comunitarios implica revisar puntos donde convergen la APS, la promoción de la salud, la salud comunitaria y la salud pública; (Rodríguez, 2021), en este contexto, la promoción de la salud aporta en la construcción del tejido social al tiempo que empodera a las personas en el autocuidado de la salud.

Uno de los signos de la promoción de la salud es la capacidad, es decir, la capacidad de predecir y prevenir el estado de la enfermedad. Las actividades de promoción de la salud tienen como objetivo cambiar los indicadores de salud. Los resultados de esta labor se pueden ver en mejoras en la vida, el bienestar y la independencia de las personas. Así pues, invertir en promoción de la salud genera mayores beneficios para la salud y menores costos.

La participación comunitaria en salud fue definida en la Conferencia de Alma Ata como el proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a su salud, bienestar propio y los de la colectividad, mejorando la capacidad de contribuir a su propio desarrollo y al comunitario (Suárez, Martínez, García, & Palacio, 2018, p.48).

La participación comunitaria se manifiesta cuando el hombre llega a ser sujeto activo al reflexionar sobre su situación, sobre su ambiente concreto.



Esta acción está impulsada por la necesidad, y, por ende, por un contexto conflictivo y persistente que necesita solución. (Reiner, Cruz, & Orozco, 2019, p.223)

Además, fuera del sector sanitario prefieren referirse a ello como «acción comunitaria» o «acciones para mejorar el bienestar de la comunidad», evitando el uso de un término muy cargado de connotaciones específicamente sanitarias como es «salud» y empleando en su lugar otro mucho más amplio como es «bienestar» (Sobrino, Hernan, & Cofiño, 2018).

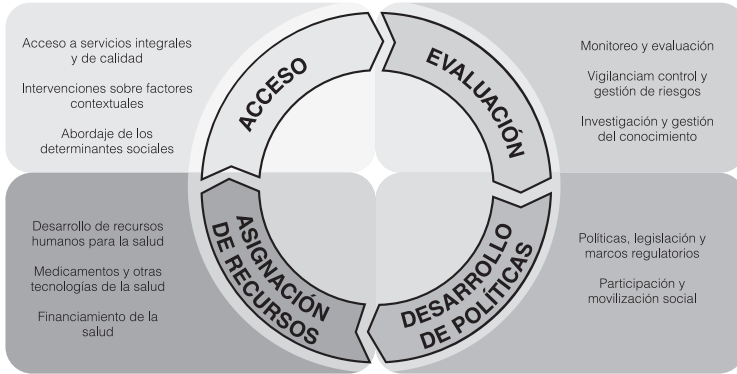
De acuerdo a Sobrino, Hernán, & Cofiño (2018), han identificado los principales temas de discusión en relación con las acciones para mejorar la salud de una comunidad. Estos se establecen como:

- **Participación:** Se considera un requisito imprescindible de toda acción comunitaria una valoración del grado de participación que cada proceso permite a la comunidad en su conjunto.
- **Equidad:** las acciones comunitarias son una herramienta fundamental en el abordaje de las desigualdades sociales y su impacto concreto en el bienestar de las comunidades.
- **La evaluación de las acciones:** es también el único modo que se tiene para poder valorar su impacto en salud, así como para detectar sus efectos indeseables, que también existen e incluso pueden llegar a incrementar las desigualdades sociales. (p.9)

Ahora bien, es importante establecer la caracterización de las funciones de la salud pública y como esta se vincula al abordaje integral de la población, algunas de estas características se describen el a Figura 13.

**Figura 13.**

*Caracterización de las funciones esenciales de la salud pública.*



**Nota.** Información tomada de 11 funciones esenciales de la salud pública según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) por (Rico, 2020) en sitio web consultorsalud

La salud y promoción comunitaria son expresiones de proyectos que buscan profundizar en la democracia y en la igualdad social; estas suponen la rotura de la relación de continuidad entre las prácticas tradicionales y las nuevas prácticas en materia sanitaria que pueden contribuir a una ciudadanía autónoma, socialmente solidaria y saludable (Nieves, y otros, 2018).

**Generalidades de los Programas del Sistema Nacional de Salud del Ecuador**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el principal objetivo de los sistemas nacionales de atención médica es brindar atención de calidad a todas las personas, cuando y donde la necesiten.

Un Sistema Nacional de Salud (SNS) incluye la rectoría; el financiamiento y aseguramiento; y la provisión de servicios como parte de sus funciones y cada país define la estructura institucional mediante la cual las organiza e implementa; sin embargo, se reconocen los siguientes elementos básicos (Molina, 2019, p.186). Las funciones y dimensiones de éstos organismos se detallan en la figura 14

**Figura 14.**

*Funciones y dimensiones de los SNS.*

Sistema Nacional de Salud	Rectoría	Conclusión de la política Regulación sectorial Orientación del financiamiento Garantía del aseguramiento Armonización de la provisión del servicio de salud
	Financiamiento / Aseguramiento	Financiamiento Aseguramiento
	Posición de servicios de salud	Oferta y demanda de servicios de salud Desarrollo de la fuerza de trabajo en salud Medicamentos y productos sanitarios Equipo y tecnología Calidad de los servicios

**Nota.** Tomado de Funcionamiento y gobernanza del Sistema Nacional de Salud del Ecuador de (Molina, 2019) en revista Íconos (p. 186).

Las características históricas, políticas, económicas y culturales de cada país son determinantes de la configuración de los sistemas de salud; Observando en Latinoamérica, como rasgos institucionales, un alto grado de segmentación y fragmentación en la estructura de los sistemas (Molina, 2019, p187).

Frente a la segmentación y fragmentación, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) propone la integración de los sistemas como un abanico de posibilidades entre la fragmentación absoluta e integración total, que se construye en función de la configuración de las partes del sistema, es decir que existen elementos más integrados que otros, teniendo en cuenta que la integración “no es un fin en sí mismo sino un medio para mejorar el desempeño del sistema” (Molina, 2019, p.187).

En el Ecuador, de acuerdo con Molina (2019) la provisión del servicio en el Sistema Nacional de Salud (SNS) está segmentada en tres subsistemas:

- El primero representado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), el cual está pensado para la atención de la población más vulnerable y con escasos recursos.
- El segundo subsistema hace parte del Sistema de Seguridad Social (SS), que nació con el objetivo de proteger a los trabajadores bajo relación de dependencia o que optan por la afiliación voluntaria, ya sea del sector público o del privado. Este subsistema brinda los servicios

de salud por medio de los institutos de SS (Seguridad Social General, Fuerzas Armadas y Policía Nacional).

- El último subsistema está compuesto por los prestadores privados, los cuales están concentrados principalmente en la zona urbana del país (p.187).

La Vigilancia Epidemiológica y la Atención Primaria de Salud (APS) son dos componentes fundamentales del sistema de salud de cualquier nación. En Ecuador, son dirigidos por el Ministerio de Salud Pública, autoridad máxima sanitaria de la nación y su equipo.

En cuanto a la APS en el Ecuador, explica que, desde el año 2007 el ejecutivo ha procurado llevar a la práctica los principios que los países miembros de la OMS acordados en Alma-Ata (Delgado, Villacreces, Solorzano, & Delgado, 2021).

### **Formularios del sistema de salud ecuatoriano en APS**

La política social apunta a recuperar la autoridad del Estado, la unidad, la universalidad y la gratuidad de los servicios básicos que son considerados bienes públicos, más que bienes y garantizan los derechos de los ciudadanos (educación, salud, protección y seguridad social).

En el marco jurídico nacional, el gobierno ecuatoriano garantiza a la población el goce de atención médica en el ámbito de acciones de prevención como de resolución de patologías, por lo que debe instaurar herramientas que aseguren dicha facultad.

Este contexto, según la constitución de la República del Ecuador de 1998 establece en su artículo 23, “El derecho a una calidad de vida que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, saneamiento ambiental...”; así mismo, en el artículo 42 reza, “El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de atención médica, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia”; de cualquier manera, la constitución señala los mecanismos con los cuales se hará efectivo ese derecho, y con ello la obligatoriedad de ofrecer atención médica específica y técnica según las necesidades que se presenten, en los organismos de salud de la Red Pública como de la Red Privada.

Alrededor del mundo, los sistemas de salud están reconociendo la necesidad de mejorar la calidad de la atención, para ello, están adoptando guías

de práctica clínica basadas en la mejor evidencia científica, para salvaguardar la seguridad del paciente.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador como autoridad sanitaria nacional ha acogido las recomendaciones desarrolladas por varios grupos de interés médico - científicos, acerca de las prácticas que deberían desarrollarse para generar una atención segura para el paciente - usuario, por lo que ha elaborado el Manual de “Seguridad del Paciente”. Este manual tiene como objetivos prevenir posibles eventos adversos, detectar los riesgos, actuar a tiempo, corregir los errores y aprender de ellos, es el nuevo desafío de la salud pública ecuatoriana (MSP, 2016)

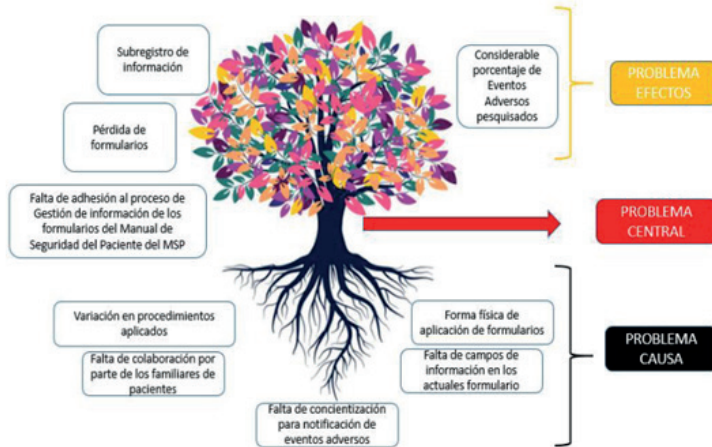
La OMS (2008) colabora con las instancias normativas, los agremiados para la salud mundial, la comunidad, las Organizaciones educativas y el sector privado para fomentar que los países elaboren, apliquen, den monitoreo y fortalezcan planes de salud fortalecidos a nivel país, (Gomez R. , 2018).

De la misma forma, el enfoque utilizado en Ecuador es consistente con el supuesto de que las bases de seguridad están establecidas. En primer lugar, el llamado método de seguridad es un accidente que aparece como un requisito básico para evitar accidentes desde la gestión de la seguridad. El desafío es lograr que los miembros de la organización hablen de los errores cometidos y sigan diseñando el proceso para que el error no se repita.

En la figura 15 se muestra un árbol de problemas del modelo de gestión de información de los formularios del manual de seguridad de un hospital en Ecuador,

**Figura 15.**

*Árbol de problemas del modelo de gestión del manual de seguridad.*



**Nota.** Tomado de ¿Qué se ha entendido por salud y enfermedad? por (Gomez R. , 2018) en Rev. Fac. Nac. Salud Pública (p.17).

Según lo que señala la OMS la “seguridad del paciente es la reducción del riesgo de daño asociado a la asistencia sanitaria a un mínimo aceptable”, esta Organización estimula a los países que la conforman a velar por la implementación de estructuras que fomenten la calidad y seguridad en la atención que se brinda a los pacientes en los servicios de salud (Gómez, 2022, p.24).

La Red Pública Integral de Salud del Ecuador incorpora al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), la cual es una entidad pública autónoma; el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), encargado de proporcionar la seguridad social al profesional militar y; el Instituto de Seguridad Social de la policía nacional (ISSPOL), como organismo ejecutor de la Ley de Seguridad Social de la Policía Nacional, que gestiona sus propios recursos para garantizar la protección social y alcanzar el bienestar del policía y su familia.

Estas instituciones públicas que brindan servicios de salud en todos los niveles, de manera oportuna y con calidad a los ecuatorianos y se encuentra conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social, y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad (Pilca, 2023, p.9).

Existen varios instrumentos manejados para cuantificar la Cultura de Seguridad del Paciente, entre los que resaltan: el Manchester Patient Safety Framework, formulario que mide 9 enfoques imprescindibles de Seguridad del Paciente con basado en un método cualitativo; el formulario Safety Attitudes Questionary, el que consta de 60 puntos que mide 6 enfoques de seguridad; y el Hospital Survey on Patient Safety

### **Recolección de datos**

La recolección de datos es la recopilación de información a través de diferentes técnicas; entre las que se destacan, la observación directa, encuestas, entrevistas y formularios de contacto, estos resultados facilitan la toma de decisiones y cálculos estadísticos, estos pueden ser de forma presencial o no presencial.

En la actualidad existen herramientas con las cuales se puede hacer las entrevistas vía web o aplicaciones móviles, las cuales nos permiten mejorar la captura de datos.

Con el surgimiento de la pandemia, a fin de mitigar contagios en instituciones pública y privadas, se trasladaron todas las actividades a plataformas virtuales. Por tanto, todos los estudios que utilizaban diferentes metodologías de recolección de datos se adaptaron a paneles y encuestas en línea.

### **Tipos de Recolección de Datos**

Las fuentes de información son los medios de los cuales proviene los datos que satisface las necesidades al problema presentado y la cual se usa para un análisis y toma de decisiones posteriores.

#### **a) Entrevista**

Es una conversación donde el entrevistador que busca información mediante preguntas sobre acontecimientos vividos por el entrevistado. Existen diferentes aplicaciones que han aportado a la comunicación directa vía audio y video como son Google Meet, Zoom, Teems, entre otros.

#### **b) Cuestionario**

El objetivo de este es realizar una comparación de la información recolectada de manera cuantitativa y universal.

#### **c) Encuesta**

Este tipo de recolección de información puede realizarse vía web donde los usuarios podrán completar la información solicitada de manera fácil y rápida.

da sin necesidad de tener alto conocimiento de herramientas tecnológicas las encuestas. El modelo de encuesta se observa en la tabla 11.

**Tabla 11.**

*Modelo de Encuesta.*

PREGUNTAS DE LA ENCUESTA				1	2	3	4
18. ¿CONSIDERA ADECUADA LA DISTANCIA Y EL TIEMPO QUE LE LLEVA LLEGAR AL CENTRO DE SALUD?							
1-Muy adecuada	2-Adecuada	3-Parcialmente adecuada	4-Nada adecuada				
19. ¿EN GENERAL LAS CONDICIONES DEL CENTRO DE SALUD LAS CONSIDERA?							
1-Muy adecuada	2-Adecuada	3-Parcialmente adecuada	4-Nada adecuada				
20. ¿EN GENERAL ESTÁ SATISFECHO CON EL TRATO PERSONAL RECIBIDO?							
1-Muy adecuada	2-Adecuada	3-Parcialmente adecuada	4-Nada adecuada				
21. ¿EN GENERAL ESTÁ SATISFECHO CON EL TRATO SANITARIO RECIBIDO?							
1-Muy adecuada	2-Adecuada	3-Parcialmente adecuada	4-Nada adecuada				
22. ¿RECOMENDARÍA USTED A UN FAMILIAR O AMIGO ASISTIR A ESTA CONSULTA?							
1-Si	2-Quizas	3-No	4-Respuesta en Blanco				

**Nota.** Tomado de Validación de una encuesta de satisfacción de servicios públicos de salud bucodental en sitio web <https://rcoe.es>.

Las faltas sistemáticas en la atención de salud al respeto del derecho universal al buen trato y la participación forman parte de prácticas vinculadas a la violencia institucional que no reconoce la atención centrada en el usuario como un atributo fundamental de la APS.

Así pues, múltiples estudios documentan que el trato que reciben las personas en el sistema de salud se configura como violación a los derechos humanos (DDHH) porque significa faltarle el respeto a la dignidad de la persona, lo que va más allá de su condición de usuarios/pacientes del sistema (Dois & Bravo, 2019, p.7).

Han pasado más de tres décadas desde la reunión de Alma-Ata en 1979, en la reunión se fijó la meta de lograr la salud para todos en el año 2000 y fijó metas mínimas de salud para los signatarios.

El desafío es concretar metodologías para el análisis integral de la salud, de sus determinantes y su expresión diferencial por razones como el género, la etnia, la posición social o la ubicación territorial.



Por lo tanto, la atención primaria de salud debe tener en cuenta la creciente responsabilidad porque la planificación debe adaptarse a los contextos políticos, sociales y culturales para responder a las necesidades de atención competentes, reflejando un sistema eficiente y funcional.

El disponer un sistema para medir la respuesta del primer nivel de atención valoriza, compromete e incluye un desarrollo óptimo para determinar la esperanza de una vida saludable o diversas acciones (Guaman & Pamela, 2023).

# SALUD PÚBLICA

## EN ENFERMERÍA

### Capítulo III

*Modelo de Atención Integral de Salud  
Familiar, Comunitario E Intercultural  
MAIS - FCI*



---

## **Antecedentes del sistema nacional de salud**

Los sistemas de salud son un conjunto de relaciones políticas, económicas e institucionales que se encargan de la implementación de procesos relacionados con la salud de la población y se manifiestan en organizaciones, normas y servicios que apuntan al logro de resultados acordes con el concepto de salud predominante en sociedad.

En las últimas décadas, los países latinoamericanos han experimentado importantes reformas en sus sistemas de salud y, a pesar de los esfuerzos y avances positivos en la descentralización de la atención de salud y los procesos participativos, la mayoría de ellos no han logrado las metas de reducir las desigualdades, aumentar la eficiencia y mejorar la calidad de servicios.

A partir del 2007 se inició el proceso de transformación del sector salud hacia el acceso universal gratuito, y es en el 2008 que la nueva Constitución de la República declara a la salud como un derecho humano inalienable y al Estado como garante del acceso universal y gratuito de la población para la atención y prevención de enfermedades (Chang C. , 2017)

El concepto de salud, evoluciona desde la atención directa a la enfermedad, hacia estrategias más integrales en el quehacer sanitario que incluyen la promoción de salud, la prevención, la atención directa a la enfermedad y la rehabilitación, vinculada al derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir (Inca, 2023).

Dichas reformas de los sistemas de salud, desde los años ochenta hasta la actualidad de describen en la tabla 12.

**Tabla 12.***Reformas de los Sistemas de salud desde los años 80 hasta la actualidad.*

Época	Características
Década de los ochenta	<p>El pensamiento de la salud pública está influenciado por el paradigma de Level y. Clak y comienza a finales de los 80 a surgir un grupo de intelectuales que proponen una visión multicausal de la enfermedad y que ha comenzado a desarrollar una concepción de la salud ligada a los procesos reproductivos, sociales y políticos.</p> <p>Con una visión neoliberal y de atención directa a la enfermedad el gobierno de Febres Cordero construyó establecimientos de salud y debido al debilitamiento del sector público, se implementaron políticas y programas para grupos vulnerables como fue el Programa de Medicina Gratuita para menores de cinco años</p>
Década de los 90	<p>En 1988 la Organización Panamericana de la Salud (OPS), para fortalecer la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), propone el desarrollo de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) (16), basados en 10 aspectos: reorganización del nivel central, descentralización y desconcentración, participación social, intersectorialidad, readecuación de mecanismos de financiación, desarrollo de un nuevo modelo de atención, integración de los programas de prevención y control, refuerzo de la capacidad administrativa, capacitación de la fuerza de trabajo en salud e investigación.</p> <p>Sobre esta base, el gobierno de Rodrigo Borja implementa el Modelo de Salud Familiar, Integral y Comunitario (SAFIC), que tuvo apoyo político; técnico; financiero para inversión en infraestructura, personal, medicamento e insumos; y la adhesión de organizaciones barriales y comunitarias.</p> <p>Se desarrolla los componentes de prevención y promoción de la salud, con lo cual se logra: implementación y consolidación de las futuras Áreas de Salud, estabilidad laboral para personal de salud experimentado en salud comunitaria y se preparó el terreno para el Proyecto de Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud en el Ecuador.</p>

<p>Nuevo Milenio 2000-2010</p>	<p>Se destaca en este periodo: la Ley del Sistema Nacional de Salud 2002, Congresos por la Salud y la Vida 2002 y 2004, incremento de beneficiarios de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, conformación y funcionamiento de los Consejos Cantonales y Provinciales de Salud, Ley Orgánica de Salud 2006, implementación del aseguramiento universal de salud (AUS) en tres ciudades Quito, Guayaquil y Cuenca en convenio con sus Municipios.</p> <p>Se inicia el proceso de Transformación del Sector Salud en el Ecuador, que contenía 7 ejes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fortalecimiento de la autoridad sanitaria nacional,</li> <li>2. Administración y Gestión del Sistema nacional de Salud (SNS)</li> <li>3. Modelo de Atención integral y red de servicios públicos de salud,</li> <li>4. Financiamiento del SNS.</li> <li>5. Control y Monitoreo del Sistema Nacional de Salud (SNS).</li> <li>6. Sistemas de Gestión de Información en Salud</li> <li>7. Participación ciudadana y control social.</li> </ol> <p>Se crea además dos agencias reguladoras: la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria (ARCSA) para productos de uso y consumo humano y la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACESS) para garantizar la calidad de los prestadores y aseguradoras.</p> <p>En el Plan Nacional de Desarrollo los temas de salud priorizados son: mejorar las condiciones para el ejercicio del derecho a la salud de manera integral, asegurar el acceso universal a las vacunas, fortalecer los servicios de salud sexual y reproductiva, combatir toda forma de malnutrición, con énfasis en la desnutrición cónica infantil, modernizar el sistema de salud pública para garantizar servicios de calidad, prevenir el consumo de drogas y brindar atención y servicios de rehabilitación, fomentar el tiempo libre dedicado a actividades físicas.</p>
------------------------------------	---

**Nota.** Información obtenida de Evolución del sistema de salud desde 1979 hasta 2022 en Ecuador por (Inca, 2023) en revista científica digital, p.19

A pesar de los importantes esfuerzos y avances en la universalidad, el sistema no garantiza totalmente el acceso universal, y encontramos fragmentación, exclusión en las prestaciones, dificultad en el financiamiento y en el acceso a los servicios de salud (Chang C. , 2017)

**Características del Sistema de Salud**

El modelo de salud oficial modernamente suele ser graficado y explicado mediante una pirámide de tres niveles, en cuya base se atiende al 80 % de las personas. Estas, en último término, son los insumos para un segundo nivel, donde deben ser atendidas el 15 %. A su vez, se constituyen en los insumos

para el tercer nivel o de especialidad, donde deben ser tratados el 5 % de los enfermos críticos (S/A, 2020)

El sistema nacional de salud del Ecuador (SNS) es un sistema mixto, es decir público y privado, segmentado y fragmentado. El sector público está conformado por el Ministerio de Salud Pública (MSP) que es el principal prestador de servicios, por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) que cotiza a los trabajadores formales y por los Institutos de Seguridad de las Fuerzas Armadas (ISFA) y Policía Nacional (ISPOL) (Chang, 2017, p.453)

Además de las redes de salud de gobiernos autónomos descentralizados como municipios y prefecturas, también cuenta con la Junta de Beneficencia de Guayaquil (JB), la Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil, la Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA) y la Cruz Roja Ecuatoriana (Chang, 2017, p.453).

En palabras de Lampert (2019), además cuenta, con los servicios de atención de salud entregados por el MSP a toda la población, se suma los del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) y los servicios de salud de las municipalidades, los que cuentan con programas y establecimientos de salud en los que también brindan atención a la población no asegurada.

Por otra parte, las instituciones de Seguridad Social representadas por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) que incluye al Seguro Social Campesino (SSC).

El desarrollo de la Red Pública Integral de Salud (RPIS), se ha ido constituyendo en un conjunto organizado, coordinado e integral servicio de salud a la población ecuatoriana. Forman parte de esta Red los siguientes organismos: MSP, IESS, ISSPOL, ISSFA (Lampert, 2019)

Dicha Red Pública Integral de Salud tiene como objetivo construir el Sistema Nacional de Salud, que permita garantizar el acceso universal de los ecuatorianos a los servicios públicos de salud, estructurados en una red pública y con atenciones de calidad, eficiencia y sin costo para el usuario.

A juicio de Lambert, si bien en un primer momento la modificación del sistema de salud se enfocó en poner recursos en el ámbito hospitalario, la consolidación del SNS viene a sustentarse en la Atención Primaria de Salud. Por ello, la reorientación de la inversión pública en la infraestructura y el recurso humano de los servicios de salud hacia el primer nivel.

Según, Lampert (2019), la atención primaria se caracteriza por tener tres tipos de centros de salud, los cuales se describen en la tabla 13.

**Tabla 13.***Tipos de Centro de Salud en APS.***Centro de Salud Tipo A**

Es un establecimiento del Sistema Nacional de Salud que atiende a una población de 2.000 a 10.000 habitantes, asignados o adscritos, que presta servicios de atención integral de medicina familiar, promoción y recuperación de la salud, prevención de la enfermedad, actividades de participación comunitaria, cuidados paliativos y salud oral. Cuenta además con farmacia/botiquín institucional. Para cumplir con su objetivo cuenta con un Equipo de Atención Integral de Salud:

- Médica/o
- Enfermera/o
- Odontóloga/o
- Técnico de Atención Primaria de Salud.

Otros profesionales de la salud (1 profesional)

- Administrativos (1 profesional en Admisión, manejo de archivo, farmacia)

**Centro de Salud Tipo B**

Es un establecimiento del Sistema Nacional de Salud que atiende a una población de 10.000 a 25.000 habitantes, asignados o adscritos, que brinda acciones de salud de promoción, prevención, recuperación de la salud y cuidados paliativos, a través de los servicios de medicina general, odontología y enfermería; Dispone de servicios auxiliares de diagnóstico en laboratorio clínico, imagenología básica, opcionalmente audiometría y farmacia institucional; promueve acciones de salud pública y participación social; cumple con las normas y programas de atención del Ministerio de Salud Pública. Atiende referencia y contra referencia.

Para cumplir con su objetivo cuenta con un Equipo de Atención Integral de Salud:

- Médica/o
- Enfermera/o
- Odontóloga/o
- Técnico de Atención Primaria de Salud
- Psicóloga/o (1 o 2 profesionales)
- Otros profesionales de la salud (12 profesionales)
- Administrativos (4 profesionales en Admisión, manejo de archivo, farmacia).

**Centro de Salud Tipo C**

Es un establecimiento del Sistema Nacional de Salud que atiende a una población de 25.000 a 50.000 habitantes, asignados o adscritos y que realiza acciones de promoción, prevención, recuperación de la salud, rehabilitación y cuidados paliativos, a través de los servicios de medicina general y de especialidades básicas (ginecología y pediatría), odontología, psicología, enfermería, maternidad de corta estancia y emergencia; dispone de servicios auxiliares de diagnóstico en laboratorio clínico, imagenología básica, opcionalmente audiometría, farmacia institucional; promueve acciones de salud pública y participación social; Atiende partos (con pertinencia intercultural) y urgencias. Atiende referencia y contrareferencia.

Para cumplir con su objetivo cuenta con un Equipo de Atención Integral de Salud:

- Médica/o
- Enfermera/o
- Odontóloga/o
- Técnico de Atención Primaria de Salud
- Psicóloga/o (1 o 2 profesionales)
- Otros profesionales de la salud (18 a 26 profesionales)
- Administrativos (4 profesionales en Admisión, manejo de archivo y farmacia).

**Nota.** Tomado de Sistemas Nacionales de Salud: Ecuador por (Lampert, 2019) en Biblioteca nacional del Congreso de Chile, (p.11)

Se puede agregar que, el sector privado comprende entidades con fines de lucro (hospitales, clínicas, dispensarios, consultorios, farmacias y empresas de medicina prepagada) y organizaciones no lucrativas de la sociedad civil. Las primeras están organizadas en la Asociación Nacional de Clínicas y Hospitales Privados del Ecuador (ACHPE), entre cuyos objetivos estratégicos se encuentran, descritos en la tabla 14.



**Tabla 14.***Objetivos estratégicos de clínicas y hospitales privados.*

Contribuir a mejorar los estándares de calidad y seguridad del paciente en las instituciones miembros de ACHPE.
Apoyar la participación de los miembros de ACHPE en el Sistema Nacional de Salud, SNS: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Favoreciendo la articulación de la Red Pública Integral de Salud y la Red Complementaria Privada.</li> <li>• Construyendo acuerdos en temas estratégicos de coyuntura y largo plazo en el SNS de Ecuador.</li> <li>• Participando en la elaboración, revisión y difusión de normas y acuerdos ministeriales vinculados a temas de salud y a la articulación de las dos redes que conforman el SNS.</li> <li>• Canalizando información de doble vía vinculada al perfil epidemiológico del país y a los temas de gestión de riesgo.</li> </ul>
Organizar y ejecutar espacios de discusión y capacitación de los miembros en temas estratégicos de gestión de las instituciones de salud a nivel privado.
Organizar y ejecutar espacios de discusión internos y externos en relación a Leyes, acuerdos ministeriales, reglamentos, y otros temas estratégicos del sector ecuatoriano de salud.
Organizar y ejecutar espacios de capacitación de excelencia para los profesionales de salud del país en temas de alto interés e importancia para el sector salud del Ecuador.

**Nota.** Tomado de Sistemas Nacionales de Salud: Ecuador por (Lampert, 2019) en Biblioteca nacional del Congreso de Chile, p.16

**Marco legal y normativo del Sistema nacional de Salud**

El artículo 32 de la Constitución Política de la República del Ecuador, de 2008, consagra a la salud como un derecho garantizado por el Estado y que los servicios de salud se regirán por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

El Ministerio de Salud Pública (MSP) es el ente rector del sistema de salud en el país, y por tanto será responsable de formular la política nacional de salud. Así normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como también el funcionamiento de las entidades del sector, siendo reconocido por todos los actores del sector público y privado que actúan en la salud.

Respecto de los servicios públicos estatales de salud, estos se deben desarrollar para todos los niveles de atención y comprenderán los procedi-

mientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios. Finalmente, la Constitución establece en su artículo 363, dentro de las responsabilidades del Estado, las cuales se detallan en la tabla 15.

**Tabla 15.**

*Responsabilidades del Estado Ecuatoriano con el sistema de salud.*

Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.
Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.
Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud.
Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos.
Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución.
Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto.
Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales.
Promover el desarrollo integral del personal de salud.

**Nota.** Tomado de Sistemas Nacionales de Salud: Ecuador de (Lampert, 2019) en Biblioteca del congreso Nacional de Chile, (p.6)

La Constitución del 2008, también tiene un enfoque amplio de la salud y en el artículo 32 dispone, a más de lo anterior, el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva (Inca, 2023)

De acuerdo con la Ley Orgánica de Salud de 2006, dentro del capítulo sobre derechos y deberes que las personas y el estado tienen en relación con la salud, se declara que uno de ellos es:” participar de manera individual o colectiva en las actividades de salud y vigilar el cumplimiento de las acciones en salud y la calidad de los servicios, mediante la conformación de veedurías ciudadanas u otros mecanismos de participación social; y ser informado sobre las medidas de prevención y mitigación de las amenazas y situaciones de vulnerabilidad que pongan en riesgo su vida” (Lampert, 2019)

En términos financieros, el artículo 366 de la Constitución estipula lo siguiente: “El financiamiento público en salud será oportuno, regular y suficiente, y deberá provenir de fuentes permanentes del Presupuesto General del Estado. Los recursos públicos serán distribuidos con base en criterios de población y en las necesidades de salud” (Lampert, 2019)

### **Marco conceptual del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural**

A finales del siglo XX se promueve en toda Latinoamérica los procesos denominados de Reforma del Sector Salud, lideradas por instituciones como el Banco Mundial, BID, por encima de los organismos específicos de salud, OMS, OPS.

Se implementaron conceptos como los servicios de salud como mercadería (managedcare) y se impulsó la formación e inclusión de los sistemas de salud de los denominados, médicos de familia, estos actuarían como barrera o puerta de entrada de los sistemas de salud (gatekeeper), cuya misión es limitar el acceso de los pacientes a niveles más complejos del sistema (Tufiño & Acevedo, 2022, p.2)

A pesar que la Medicina Familiar es una especialidad que se encuentra instaurada en el Ecuador por más de 30 años, no ha sido conocida y difundida en su totalidad incluso hasta la actualidad, tal vez por los estigmas de continuar ejerciendo profesiones médicas que se basan o se especializan en una parte del cuerpo (Tufiño & Acevedo, 2022, p.3).

Según la OMS, el funcionamiento del sistema de salud incluye varios componentes, como la gestión, la prestación de servicios, los recursos humanos, la financiación, la disponibilidad de medicamentos y los sistemas de información. Con ellos, cada país construye su sistema de salud, el cual se sustenta en los modelos de desarrollo y los factores sociales, culturales, económicos y políticos del contexto social e histórico.

Las principales características y resultados que debe tener un sistema de atención a la salud son: equidad en el financiamiento y el acceso, protección social y financiera, satisfacción de los usuarios, sostenibilidad del sistema, calidad de atención y eficiencia en la prestación de los diferentes servicios de salud (Larco, 2023).

La posición planteada a través del modelo de atención con enfoque de salud familiar confirma lo expuesto por la Organización Panamericana de la Salud, quien según Astudillo, y otros (2019) considera que la renovación de la Atención Primaria de Salud (APS) debe ser parte integral del desarrollo de los

sistemas de salud y, a su vez, que los sistemas de salud basados en la APS son la mejor estrategia para promover mejoras equitativas y sostenibles en la salud de los pueblos.

Así mismo, la Atención Médica Integral refiere, “los planes de atención integral con enfoque en salud familiar tienen como propósito la implementación de políticas públicas que van en función de promocionar la salud de las familias, incluyendo intervenciones sanitarias orientadas hacia la modificación de estilos de vida de las personas, además del adecuado uso del sistema de estructura sanitaria” (Astudillo, y otros, 2019, p 281).

### **Marco conceptual del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural**

La familia es la principal red de apoyo social que mantiene unida a una persona y actúa como amortiguador contra el estrés que trae la vida. Por eso el modelo enfatizó la relevancia del enfoque familiar. La afiliación familiar es un recurso fundamental para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Significa cuidar y proteger a los miembros de la familia.

La salud familiar es el resultado del equilibrio entre tres áreas: la salud individual, los factores económicos y culturales y el funcionamiento familiar. El trabajo de la familia refleja las fortalezas de las relaciones dinámicas y sistemáticas creadas por sus miembros, y la capacidad del grupo para afrontar un problema refleja la relación individuo-familia-social, es decir, la salud de la familia depende de la interacción humana, factores psicológicos y sociales.

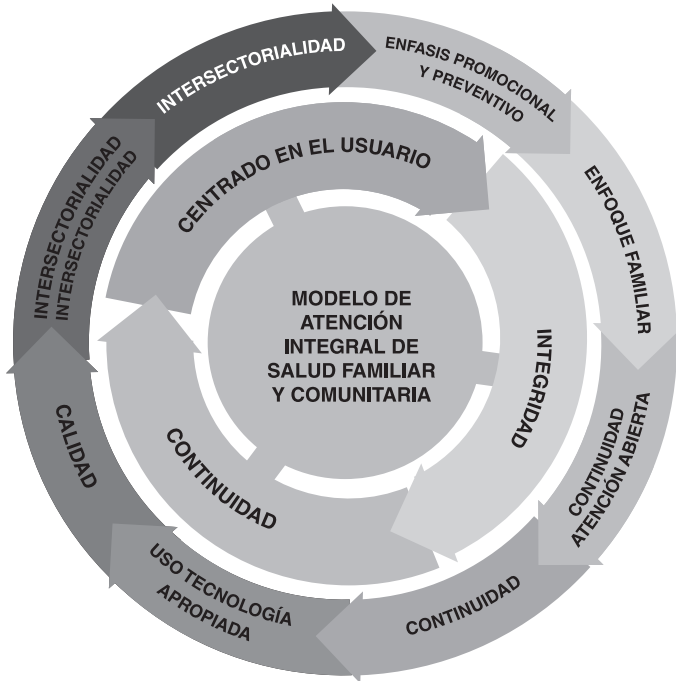
La salud es una sola, independiente de los enfoques médicos con los que se pueda evaluar, pues, a pesar de que se parcelan según las especialidades, estos están incluidos como una parte de un todo. Los sistemas no se pueden separar o aislar del sujeto o su familia. (Marambio, 2023)

Para Astudillo, y otros (2019) la existencia de factores protectores conducentes al bienestar social de las comunidades, se encuentran liderizadas por intervenciones y programas comunitarios y locales en los que los individuos y familias avanzan en el tema de la salud integral, hasta que el nuevo comportamiento se convierta en parte de la vida diaria.

De allí, que los programas de intervención para la salud, deben estar centrados, planificados, ejecutados y evaluados, a través de principios establecidos por el modelo de atención integral de salud familiar y comunitario; destacándose el modelo de atención integral familiar que se representa en la figura 16.

**Figura 16.**

*Principios del modelo de atención integral de salud familiar y comunitario.*



**Nota.** Tomado de Importancia de la atención integral con enfoque en salud familiar de (Astudillo, y otros, 2019) en revista dominio de las ciencias, p. 288

En la tabla 19, se muestra a modo de síntesis los niveles de prevención, ilustra para cada nivel el propósito, objetivo principal, estrategias e instrumentos.

**Tabla 16.**

Niveles de prevención de la atención integral dirigida a la salud familiar					
Prevención	Promoción	Primaria	Secundaria	Terciana	Cuaternaria
Propósito	Fomento	Protección específica Limitación incidencia	Diagnóstico tratamiento	Rehabilitación	Soporte Paliativo
Objetivo principal	Factores protectores	Factores de riesgo	Enfermedad	Complicaciones Secuelas	Degenerativas Terminales Polo-patología Crónica
Estrategias	Educación Detección / Pesquisa Factores protectores	Inmunización Detección / Psquina factores de riesgo	Manejo clínico	Manejo de rehabilitación y reparación	Manejo paliativo Acompañamiento
Instrumentos	Guías anticipatorias	Guías de práctica clínica Protocolos	Guías de práctica clínica Protocolos	Guías de práctica clínica Protocolos	Guías de práctica clínica Protocolos

**Nota.** Tomado de Importancia de la atención integral con enfoque en salud familiar de Astudillo, y otros (2019) en revista dominio de las ciencias, (p. 290)

Los principios antes mencionados llevan a interpretar que las familias son importantes para que los programas de intervención integral en salud sean efectivos. Esto se debe a que juegan un papel importante en la participación e integración de los servicios de salud y a la necesidad de un diálogo continuo entre los miembros de estos grupos y sus profesionales de la salud.

La estrategia de acercar a las autoridades de salud a la población en su ambiente de trabajo, vivienda, interactuar directamente con ellos escuchando, atendiendo y resolviendo los problemas localmente, ha sido de acuerdo a la percepción de los entrevistados una buena práctica para aterrizar las políticas públicas a las realidades de la población.

**Modelo de atención integral de salud MAIS-FCI**

El modelo del sistema de salud del Ecuador está basado en la APS, res-peta e integra los valores y tendencias culturales con participación comunitaria. Se encuentra desarrollado y normalizado, convirtiéndose en otra buena práctica (Chang, 2017).

Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural MAIS-FCI, que va más allá de la atención a la enfermedad, y procura centrarse en las personas, sus familias, sus comunidades y necesidades de salud, con enfoque intercultural.

Para Inca (2023), el MAIS tiene cuatro componentes: Provisión, Gestión, Financiamiento y Organización, incorpora los principios de la Atención Primaria de Salud Renovada. (p.20)

El Acuerdo Ministerial No. 1162 promulgado dos años después, aprueba el Manual del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), que tiene como objetivo fundamental integrar y consolidar la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada en los 3 niveles de atención del Sistema Nacional de Salud. Este modelo se orienta a la promoción de los servicios de salud, la prevención de enfermedades, y el fortalecimiento del tratamiento, buscando tener una cobertura total en términos de interculturalidad (Larco, 2023, p.32).

Así mismo, para Montesinos & Simancas (2019), el MAIS - FCI se sustenta en la Atención Primaria de Salud (APS) para fortalecer el primer y segundo nivel de atención, con el objetivo de realizar acciones de promoción y prevención de enfermedades, para reducir las barreras de acceso y para prestar servicios que cumplan con estándares de calidad en la atención y gestión (p.108).

El MAIS-FCI, desde su concepción teórica hasta su implementación práctica, ha requerido de un seguimiento sistemático a nivel local que garantice el cumplimiento de sus lineamientos. En la actualidad, una de las maneras de concebir la monitorización de las organizaciones es mediante el desarrollo de investigaciones de tipo valorativo, sujetas a las premisas del método científico (Gafas, Roquem, & Bonilla, 2019, p.138).

Además de ello, El MAIS-FCI, ubica al individuo, la familia y la comunidad en el centro de la atención, instalando buenas prácticas, desarrollando intervenciones orientadas hacia resultados de impacto social, con la convicción de que el enfoque biopsicosocial, multidisciplinario e intercultural constituye la alternativa para responder de manera más efectiva a las necesidades de las personas, familias y comunidades, contribuyendo así a mejorar su calidad de vida (Gafas, Roquem, & Bonilla, 2019, p.139)

De cualquier forma, 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.

De acuerdo con Llerena & Sandoya (2023), 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.

### Componentes del MAIS FCI

El MAIS-se describe como un conjunto de políticas, sistemas, procesos e instrumentos que trabajados en conjunto garantizan la atención de salud de la persona, familia y comunidad con el propósito de satisfacer sus necesidades.

De acuerdo con Polo (2018), el modelo se basa en dos dimensiones:

- La dimensión operativa, que establece lo que se debe desarrollar desde los establecimientos de salud en los 3 sujetos de intervención: persona, familia y comunidad;
- La dimensión política, cuyo eje son los determinantes sociales a intervenir a través de un trabajo multisectorial con participación de todos los niveles de gobierno para poder responder a los problemas de salud pública (p. 376)

Así mismo señala que, el modelo consta de 4 componentes: gestión, organización, prestación y financiamiento. Y cada uno a su vez tiene elementos a desarrollar para su implementación. Como se observa en la figura 17.

### Figura 17.

*Componentes del MAIS-FCI.*



**Nota.** Tomado de (MSP, Modelo de atención integral de salud MAIS-FCI, 2023)



Su objetivo es integrar y consolidar la estrategia de la APS renovada en los tres niveles de atención, reorientando los servicios de salud hacia la promoción de salud y la prevención de enfermedades, fortalecer el proceso de recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos para brindar una atención integral de calidad

Como ya se mencionó, el MAIS-FCI tiene 4 componentes que hacen viable la operación y desarrollo del mismo y son: provisión de servicios, organización, gestión y financiamiento, desarrolladas en la tabla 17.

**Tabla 17.**

*Componentes del MAIS.*

Componentes	Características
<p>Provisión de servicios</p>	<p>Se relaciona con la oferta de servicios integrales e integrados de salud, garantizando la continuidad en la atención y respondiendo a las necesidades de salud de la población a nivel individual, familiar y comunitario. Entre los elementos que lo integran se encuentran:</p> <p>Grupos poblacionales a quienes se entregará la atención, definidos según las necesidades de acuerdo al ciclo vital, y los grupos expuestos a condiciones específicas de riesgo laboral, ambiental y social.</p> <p>Conjunto de prestaciones por ciclos, pues las atenciones en salud se entregan a las personas y las familias considerando las especificidades y necesidades de cada grupo etéreo y con enfoque de género, garantizando una atención integral durante todo el ciclo vital.</p> <p>Los escenarios de atención representados por la atención individual, familiar, a la comunidad y al ambiente o entorno natural.</p> <p>Las modalidades de atención: atención extramural o comunitaria, intramural o en un establecimiento de salud, en establecimientos móviles de salud y la prehospitolaria.</p> <p>Estrategias y herramientas para brindar las prestaciones integrales de salud: visita domiciliaria, ficha familiar y la dispensarización.</p>
<p>Organización</p>	<p>comprende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Niveles de Atención: se refiere a la estructuración de los servicios de salud por niveles de atención y la clasificación de los establecimientos del primer nivel en centros tipo A, B o C, en dependencia de su estructura y servicios que oferta.</li> </ul> <p>Organización de los equipos de atención integral de salud que constituyen el eje fundamental de la implementación del MAIS, constituyen el conjunto de recursos profesionales de atención y gestión que permiten cumplir con los objetivos y metas, organización y funcionamiento de la Red Pública Integral de Salud y complementaria.</p>

Gestión	comprende los procesos gerenciales que brindan un soporte a la provisión y organización de los servicios de salud, para el logro de resultados sanitarios dentro del contexto del MAIS-FCI.
Financiamiento	El componente de financiamiento permite asegurar los recursos necesarios para el cumplimiento de los planes estratégicos nacionales, zonales, distritales, provinciales y en circuitos, los proyectos en salud, el conjunto de prestaciones y las inversiones en infraestructura y equipamientos del sector público

**Nota.** Tomado de Modelo de atención integral de salud vs. Calidad asistencial en el primer nivel, Riobamba 2014-2017 de Gafas, Roquem, & Bonilla (2019) en revista Educación Médica.

### **Fases y herramientas para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural MAIS FCI en el primer nivel de atención**

En este mismo orden de ideas, se presentan las Principales herramientas identificadas en las unidades operativas del primer nivel de atención donde se aplica el programa de especialización en Medicina Familiar y Comunitaria, descritas en la tabla 18.

**Tabla 18.***Herramientas aplicadas en la medicina familiar y comunitaria.*

<p>Atención integral al individuo, la familia y la comunidad: Entre las principales actividades realizadas se encuentran:</p> <p>a.- Atención integral a la salud individual por ciclos de vida, a las familias según las diferentes etapas por las que atraviesa y a la comunidad. con la realización de actividades de promoción de la salud, prevención de enfermedades, curación, recuperación, rehabilitación, cuidados paliativos, en el marco del modelo de atención integral de salud y familiar con enfoque intercultural, de género y de derechos, en todos los escenarios de atención.</p> <p>b.- Atención integral en las consultas de libre demanda, de morbilidad, programadas, subsecuentes, de seguimiento, de referencia y de contrarreferencias.</p> <p>c.- Atención integral domiciliaria a personas que por enfermedad, discapacidad, urgencia o estado terminal requieran de esta y no puedan movilizarse al establecimiento de salud.</p> <p>d.- Interconsultas y atención de especialidades básicas y otros servicios: se ofrecieron interconsultas de pediatría, medicina interna, ginecoobstetricia, nutrición, realizadas según el tipo de establecimiento «A», «B» o «C»</p>
<p>Reconocimiento del área de influencia y familias asignadas a los equipos de atención integral de salud (EAIS): se ajustan a los estándares establecidos por la Normativa del MSP y el MAIS para el primer nivel de atención y tipo de formación</p>
<p>Dispensarización de la población: proceso organizado, continuo y dialéctico, que ha permitido el registro de las personas y familias en la ficha familiar y la evaluación de la situación de salud de estos.</p>
<p>Planificación de actividades intra y extramurales: realización de consultas, visitas domiciliarias, visitas a establecimientos educativos, laborales, comunitarios, etc.</p>
<p>Visitas domiciliarias: permitieron realizar el diagnóstico integral de la salud individual y familiar, detectar riesgos biológicos, psicológicos, sociales, ambientales.</p>
<p>Análisis de la situación de salud: elemento que permite obtener una caracterización de la situación de salud individual y colectiva, a partir del estudio de los perfiles de morbimortalidad, particularidades socioeconómicas de cada contexto y de la organización de las unidades operativas, con un enfoque multisectorial</p>
<p>Información de enfermedades de notificación obligatoria: este componente del Sistema Nacional de Salud permitió recoger datos estadísticos sobre la frecuencia de ocurrencia de las enfermedades</p>
<p>Registro de información local: pertinente para el sistema único de información en salud a partir de la metodología nacional a fin de alimentar el sistema de información en salud nacional</p>

Sistema de referencia-contrarreferencia de los pacientes a los diferentes niveles de atención: actividad desarrollada en correspondencia con las necesidades de cada caso, sustentada en medicina basada en evidencia, guías de práctica clínica, normas y protocolos de atención

**Nota.** Tomado de Modelo de atención integral de salud vs. Calidad asistencial en el primer nivel, Riobamba 2014-2017 de (Gafas, Roquem, & Bonilla, 2019) en revista Educación Médica p.139

A pesar de todo lo expuesto, hay puntos a considerar para este sistema de atención, ya que, el modelo de atención primaria propuesto en el Modelo de Atención Integrativa (MAIS) pudiera no es apropiado para el trabajo del equipo de atención primaria por falta de definición de roles y falta de ideas sobre sistemas humanos.

Esto sólo puede lograrse aplicando reglas de “planificación” especiales e iniciando un debate que facilite un enfoque “mínimo” común. La función de compuertas y filtros asegura la eficiencia de todo el sistema de salud y en este sentido forman la base principal para abordar posibilidades, no sólo para resolver problemas específicos sino también para tener conocimiento y liderazgo para lograrlo.

# SALUD PÚBLICA

## EN ENFERMERÍA

### Capítulo IV

*Bases Epidemiológicas del  
Cuidado:  
Vigilancia Epidemiológica*



**Conceptos: el método epidemiológico, el método clínico**

Se sabe que existen muchos métodos diferentes en todas las ciencias, pero hay un método único, general y universal que es común a todas las ciencias y por tanto afecta a todo el ciclo de toda investigación. De acuerdo con Romaní (2019) la medicina experimental, según Bernard, es aquella que brinda el método científico para la medicina científica, y con ella se podría llegar al conocimiento de los mecanismos fisiológicos subyacentes a enfermedades específicas o al efecto terapéutico de una droga.

Así pues, la medicina actual es cada vez más científica y tecnológica, por tanto, más personal. El lema ético tradicional “Tratar al paciente como persona” es a menudo más un cliché que un principio verdaderamente reconocido. Todo esto no sorprende si se consideran los diversos fundamentos culturales sobre los que se sustenta el desarrollo del conocimiento médico, que a lo largo del tiempo siempre se ha llevado a cabo mediante transformaciones de los departamentos médicos desde una perspectiva moderna, no sólo médica, sino también filosófica, sociológica entre otras.

De acuerdo con López, y otros, (2019), el adjetivo “clínico” proviene del griego *klinikê*, retomado en latín bajo el término “*clinicus*” Por otra parte, también se consideró que la medicina clínica es la que se ocupa del tratamiento de enfermedades desde el punto de vista individual (p.2)

Dicha ciencia, estudia al enfermo en sí y su objeto es la investigación y comprobación de los síntomas y signos ofrecidos por cada enfermo en particular. La aplicación del método científico define el método clínico.

Así mismo, este procedimiento consiste en la aplicación del método científico al trabajo con pacientes, considerándose un sistema de reglas para ordenar los procedimientos que utiliza el médico para obtener síntomas, signos y elaborar diagnósticos que representan el conocimiento y denominación de una enfermedad (Alba, Gil, Pérez, & Sosa, 2022, p.243)

Según Amador (2019) plantea que, el método clínico, considerado como el método científico aplicado al trabajo con los pacientes, no se circunscribe solo al diagnóstico, sino que incluye además la terapéutica, el pronóstico, la profilaxis y el componente axiológico ligado a él indisolublemente, considerado una guía de trabajo que tiene entre sus pilares básicos la relación médico-paciente y una herramienta de registro (p.6)

Es cierto que un científico es alguien que constantemente cuestiona, genera hipótesis y recopila datos de experimentos bien diseñados. Precisamen-

te, este es el camino del método clínico, el proceso de pensamiento correcto para el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de un paciente, cuando se interviene activamente en lo siempre nuevo y natural que representa el proceso de salud-enfermedad de una persona (López, y otros, 2019).

Para López, y otros (2019) la toma de decisiones y la terapéutica son la última parte de la clínica. En este paso tienen que combinarse las mejores evidencias disponibles (ciencia) para resolver cada caso y las mejores experiencias clínicas (arte).

Para López, y otros (2019), los elementos a tomar en cuenta para aplicar el método clínico son:

- Que el médico tenga suficiente preparación y habilidades para la observación, de modo que sea capaz de centrarse en lo importante y desechar lo trivial.
- Lograr una buena relación médico paciente, lo que se traduce en empatía y humanismo, tan necesarias en la práctica médica actual, para que el acto de intercambio inicial que se produce entre ambos sea fructífero obteniendo información importante.
- Otro elemento es la habilidad del médico para realizar el interrogatorio y el examen físico.
- Adecuada integración de los problemas biológicos con los psicossociales.
- Dominio del razonamiento clínico.
- Indicación de pruebas diagnósticas en correspondencia con la clínica del caso.
- Observancia de la conducta ética.
- Evitar la iatrogenia
- Conocer las limitaciones y riesgos de la exploración complementaria y la instrumentación que se utilice.

Así mismo, algunas etapas del método Clínico se describen la tabla 19.

**Tabla 19.***Etapas del método clínico.*

Plantearse el problema: es aquí cuando el médico debe encontrar la razón por la que el paciente acude a buscar ayuda médica, o en su defecto, lo hace un familiar. Este es un momento en que la precisión es imprescindible, de lo contrario el camino investigativo se falseará totalmente y para ello el profesional debe indagar.
Aprender a mirar y escuchar es la principal tarea de cualquier enseñanza en las ciencias médicas, de ahí que la observación sea uno de los medios esenciales de la clínica. Consideramos que es el primer paso a dar frente a un paciente y que el médico, además, debe aprovecharlo inteligentemente para complementar los hallazgos que aportan el interrogatorio y el examen físico.
Buscar la información básica, constituye la segunda etapa, y es en la que el médico interroga al paciente y le realiza el examen físico, plasmándolo todo en la historia clínica. En esta etapa a la par del interrogatorio debe haber observación.
Elaborar la hipótesis o supuesto para el diagnóstico presuntivo. Lógicamente esto parte de la información obtenida que se analiza también a partir de la experiencia del médico.
Contrastar los resultados de las pruebas diagnósticas y la evolución del paciente con el diagnóstico presuntivo para determinar su coincidencia.
Arribar al diagnóstico definitivo e indicar el tratamiento. En la mayoría de los casos hay suficiente información para establecerlo.

**Nota.** Información tomada de La observación. Primer eslabón del método clínico por López, y otros, 2019 (2019) en revista Cubana de Reumatología (p.6)

Para Pinilla & Pinilla (2019), una historia clínica correcta nunca podrá ser hecha por un ordenador; un examen físico no puede ser sustituido por ninguna máquina; la inteligencia humana nunca será igualada por la inteligencia artificial (p.12). Es decir, ningún sistema computadorizado es capaz ni remotamente de realizar un acercamiento a la capacidad racionalizadora e integradora de un médico preparado.

Por otro lado, la clínica no es una ciencia sin un aporte epidemiológico. El comportamiento problemático de salud es útil para guiar la práctica clínica y en las clínicas que informan sobre estudios epidemiológicos.

**Epidemiología clínica**

Consiste en aplicar el método científico al estudio de problemas de salud, incluyendo los cuidados de enfermería.



Las fases del método epidemiológico determinan la profundidad del conocimiento del fenómeno de salud-enfermedad estudiado. Y que de acuerdo con SalusPlay (2018) se distinguen de acuerdo a:

1. Fase de la Epidemiología descriptiva. Es la caracterización detallada de los fenómenos de salud-enfermedad, basada en la observación cuidadosa y el registro objetivo de los hechos de acuerdo con las variables epidemiológicas de tiempo, lugar y persona. ¿Qué ocurrió?, ¿quiénes son los afectados?, ¿dónde ocurrió? y ¿Cuándo ocurrió?
2. Fase de la Epidemiología analítica. La tarea fundamental de esta fase es la comprobación o refutación de las hipótesis formuladas, usando como unidades de estudio las poblaciones o grupos humanos. Se utiliza para cuantificar la asociación entre variables de exposición y variables de resultado, así como probar hipótesis sobre la relación causal. ¿Cómo ocurrió? Y ¿por qué ocurrió?

La particularidad del método epidemiológico está representada por el carácter propio de su estrategia y del cuerpo de conocimientos que produce, se estudian se poblaciones y, en ellas, enfermedades o problemas de salud (SalusPlay, 2018).

### **Indicadores epidemiológicos y socioeconómicos del Ecuador**

Desde el siglo XX hasta la actualidad encontramos padecimientos nuevos y reemergentes en la naturaleza. Se trata de enfermedades de etiología infecciosa que se propagan rápidamente en cuanto a número de casos o expansión geográfica, aunque previamente no se conocía el agente infeccioso que se creía presente o controlado.

Desde la posición de García, Rincón, León, & García (2021), los principales factores que influyen en la aparición o aumento de este tipo de patologías infecciosas son:

- Factores sociales y económicos: aumento de la pobreza y desigualdad, conflictos bélicos, escasez de alimentos, sobrepoblación, migración, la rápida urbanización.
- Salud pública y asistencia sanitaria: saturación de los sistemas de atención primaria, utilización de medicamentos inmunosupresores, el mal uso de medicamentos y antibióticos.
- Factores ambientales: cambio climático, deforestación, sequías, la contaminación del agua, el saneamiento deficiente.

- Factor humano: el cambio en el comportamiento humano relativo a la conducta sexual, la globalización del comercio, el turismo, la dieta, el aumento del ocio en los espacios exteriores. (p.50)

Por su parte, la investigación epidémica de patologías infecciosas y no infecciosas es útil para los siguientes propósitos:

- Identificar la distribución de eventos de salud en un área específica y cómo determinar esta ocurrencia en función de variables humanas, de tiempo y de lugar.
- Además, establece una base para la investigación básica o aplicada. Por ello, guía el uso de recursos y métodos para prevenir y controlar eventos adversos para la salud y evaluar el impacto de los programas e intervenciones de salud.

De acuerdo con Suescún (2020) el perfil epidemiológico: es el conjunto de eventos de salud (usualmente negativos, tales como la enfermedad, la discapacidad y la muerte), sus frecuencias y sus distribuciones, que caracteriza a una comunidad determinada.

Además, define los espacios-población (EEP): como áreas complejas, históricas y multidimensionales (dimensiones física, geográfica, demográfica, epidemiológica, económica, social, cultural, política, etc.), en los cuales devienen grupos humanos suficientemente homogéneos entre sí en cuanto a sus condiciones de vida y, en consecuencia, a sus necesidades básicas.

Dentro del perfil epidémico existen indicadores; un indicador es la definición operacional de una variable, esto es, un procedimiento o una técnica que permite medir los cambios que se presentan en ella. Algunos de los indicadores infecciosos se describen en la tabla 20.

En estadística, es usual denominar «indicador» a las relaciones lógicas entre variables o cifras que resumen información diversa en unos pocos números, que se utilizan para mostrar el estado de una unidad de análisis o su evolución a través del tiempo, o la comparación entre varias unidades (Zappino, 2020, p.89), En la tabla 23 se muestran algunos indicadores.

**Tabla 20.***Indicadores en un perfil epidemiológico.*

Indicador	Características
Morbilidad	Es el indicador epidemiológico que mide la frecuencia del evento enfermedad, relacionando el número de enfermos (a) con el total de la población expuesta al riesgo de enfermar (a+b) y se expresa como una proporción ( $a/a+b$ ), con bases 100, 1.000, 10.000 ó 100.000, de acuerdo con su magnitud, con el fin de facilitar su interpretación.
Incidencia	Es el indicador epidemiológico que mide la frecuencia de los casos nuevos de una enfermedad en una población, en un tiempo y un lugar determinados.
Prevalencia	Es el indicador epidemiológico que mide la frecuencia de los casos viejos y nuevos de una enfermedad en una población, en un tiempo y un lugar dados.
Mortalidad	Es el indicador epidemiológico que mide la frecuencia del evento muerte, relacionando el número de muertes (a) con el total de la población expuesta al riesgo de morir (a+b) y se expresa como una proporción ( $a/a+b$ ), con bases 100, 1.000, 10.000 ó 100.000, de acuerdo con su magnitud, con el fin de facilitar su interpretación. La mortalidad puede estimarse en forma general, específica, proporcional y diferencial.
Letalidad	Es el indicador epidemiológico que mide la fatalidad relativa de una enfermedad, bajo la forma de una proporción ( $a/a+b$ ), relacionando el número de muertes por una enfermedad específica (a) con el número total de enfermos por esa misma causa (a+b). Se expresa siempre como una proporción con base 100 (porcentaje).

**Nota.** Información obtenida de Conceptos e indicadores básicos de la epidemiología aplicados a la inspección, vigilancia y control sanitario de alimentos, bebidas y productos farmacéuticos. De (Suescún, 2020) en revista Redemc, (p.5)

### **Conceptos de medición, variables, escalas**

La estadística es la ciencia del aprendizaje y medida de los datos, controlando y comunicando la incertidumbre. Es una meta disciplina que se encarga de cómo convertir datos en conocimiento del mundo real.

La planificación requiere compaginar la pregunta con el tipo de diseño estadístico. Ello dependerá de cuál sea el objetivo (por ejemplo, descriptivo, realizar un contraste de hipótesis, estimar un parámetro con margen de error, predecir, etc. Así mismo, para Carmona, Jiménez, Valenti, & Salazar (2020) en estudios observacionales es importante escoger adecuadamente las variables independientes y de confusión. Por último, el elemento final será la exposición de los datos y sus conclusiones, en lenguaje preciso y concreto (p.96)

## Medición

Este valor proporciona información valiosa para desarrollar programas de investigación adecuados que satisfagan mejor las necesidades de pacientes. Esto es bueno porque las medidas precisas y exactas optimizan la toma de decisiones. Además, es un avance porque se puede calcular mejor, cualquier elemento determinante a la hora de tomar una disposición en cuanto al usuario.

De acuerdo con (Gamboa, 2022) La medición es un proceso inherente y consustancial a toda investigación, sea ésta cualitativa o cuantitativa. Medimos principalmente variables y ello demanda considerar tres elementos básicos: el instrumento de medición, la escala de medición y el sistema de unidades de medición (p.344)

## Escalas

Es el conjunto de los posibles valores que una cierta variable puede tomar". En general, las escalas "son instrumentos de medición que comprenden un conjunto de ítems que permiten identificar distintos niveles de las variables teóricas que no son directamente observables (Gamboa, 2022).

Según Oyola (2021), existen cuatro tipos de escalas que están referidas a las categorías o valores que resultan de la medición de la variable. Tres de ellas relacionadas con la cuantificación (nominal, ordinal y de intervalo) y una de ellas con la medición (de razón).

- Nominal: Los resultados de la observación de la variable se agrupan en categorías excluyentes. Si se usan números estos serán identificadores o códigos de la categoría y son completamente arbitrarios. En el caso de la variable tuberculosis pulmonar, las categorías serían "positivo- negativo".
- Ordinal: Esta forma de medición permite el ordenamiento de las categorías de una variable, es decir, graduación de la presencia de la variable en el sujeto observado (p.92)

## Variable

Es una característica, cualidad o propiedad observada que puede adoptar una variedad de valores y es fácil de medir o cuantificar en la investigación. Para indicar esto, se debe poder diferenciar al menos dos valores.

De acuerdo con Oyola (2021) la variable, es la descripción precisa de las normas y procedimientos que seguirá el investigador para objetivar las varia-

bles en su estudio, como resultado de la información obtenida del conocimiento científico previo, así como de su experiencia personal (p.91)

La definición de la variable puede expresarse de las dos formas, la más común es la estructurada, ya que, el contenido textual de la definición se presenta por componentes o subtítulos, generalmente a través de una tabla, En la tabla 21 se muestra una variable estructurada.

**Tabla 21.**

*Variable estructurada.*

Nombre	Función	Forma de observación	Naturaleza	Escala de medición	Forma de categorización o valoración	Categorías o valores finales
	Descriptiva Dependiente Independiente Interviniente De control		Catagórica Numérica (Discreta / Continua)	Nominal Ordinal De intervalo De razón	Docotomía Politómica	

**Nota.** Tomado de La variable por (Oyola, 2021) en revista del Cuerpo Médico del HNAAA, (p. 93)

**Medición de resultados**

Deben aplicarse métodos de enmascaramiento que aseguren el ciego de los participantes, el ciego permite que el énfasis que pongan los encargados del ensayo en la medición de resultados será el mismo para todos los grupos y que los pacientes no tendrán la influencia de saber si están en el grupo intervención o no, lo que disminuiría las respuestas subjetivas al tratamiento. Por tanto, el ciego previene la ocurrencia del sesgo de medición.

Tres fenómenos relacionados que pueden suceder a nivel de los participantes son los siguientes:

- El efecto placebo: se asocia a una mejoría reportada por el participante después de recibir una sustancia sin desenlaces relevantes demostrados
- El efecto nocebo: una sustancia o intervención sin efectos médicos empeora el estado de salud de una persona debido a las creencias negativas que el participante tiene sobre ella.
- El efecto Hawthorne: también conocido como “efecto del observador”, ocurre cuando los participantes de un ensayo clínico modifican su conducta habitual al saber que están siendo observados por un

tercero, lo que impacta en los efectos de la intervención.

Estos tres fenómenos son más prominentes en ensayos clínicos aleatorizados que analizan desenlaces reportados por los participantes, es decir, donde existe un componente subjetivo mayor (Estrada, Arancibia, Stojanova, & Papuzinski, 2020).

### **Cálculo de proporciones, tasas y razones**

La Estadística como disciplina, permite aplicar y desarrollar métodos lo más eficientes posibles para: Recopilar, Organizar, Presentar, Analizar e Interpretar la Información Estadística, datos u observaciones, de tal forma que los errores que se puedan cometer al sacar conclusiones y al hacer estimaciones sobre la base de esos datos observados.

Así pues, la estadística es un conjunto de instrumentos que se utilizan para recopilar, presentar y caracterizar la información, para brindar soporte al análisis de datos y al proceso de toma de decisiones (Zappino, 2020).

#### **Las razones**

Son indicadores que trabajan con frecuencias relativas y resultan de dividir una cantidad entre otra, que se toma como la unidad. Señalan el tamaño de una cantidad con respecto a otra, relacionando un numerador (a) y un denominador (b), los cuales son valores bien definidos y diferentes, y el uno no está incluido en el otro y viceversa, por lo que tienen la forma algebraica  $a/b$  (Suescún, 2020).

#### **Proporciones**

Estos valores también trabajan con frecuencias relativas, son los indicadores más ampliamente usados en epidemiología e indican la frecuencia con que se presenta un evento de salud con respecto a la totalidad de las unidades observadas.

A diferencia de las razones, las proporciones son expresiones matemáticas donde el numerador está incluido en el denominador, es decir, que el denominador de la proporción está constituido por la población de referencia y por lo tanto tienen la forma algebraica  $a/a+b$  (Suescún, 2020).

La proporción puede ser usada de dos maneras y expresada en la tabla 22.

**Tabla 22.***Uso de proporción.*

Como distribución proporcional, lo cual permite valorar la importancia de una categoría específica de un evento de salud con respecto a la totalidad de las categorías del mismo, pero no es indicador del riesgo, ya que el denominador no hace referencia a la población.

Como probabilidad o riesgo, la cual utiliza como denominador la población expuesta al riesgo y denota cuál es la probabilidad de ocurrencia del evento de salud estudiado en la población. Este indicador de morbilidad puede ser usado bajo la forma de proporción de incidencia (probabilidad de enfermarse o de contraer una enfermedad en un periodo de tiempo dado) o proporción de prevalencia (probabilidad de estar enfermo o de tener una enfermedad en un momento o en un periodo de tiempo determinados).

**Nota.** Información obtenida de Conceptos e indicadores básicos de la epidemiología aplicados a la inspección, vigilancia y control sanitario de alimentos, bebidas y productos farmacéuticos. De (Suescún, 2020) en revista Redemc, (p.5)

**La tasa**

Este indicador puede ser clasificado en dos tipos conceptualmente diferentes: simples o de incremento o evolución. De acuerdo con Zappino (2020) se clasifican:

- Tasas simples: son relaciones entre dos variables medidas sobre una misma unidad, con la particularidad de que el denominador es mayor que el numerador, y, por lo tanto, para facilitar su lectura y comprensión, su resultado se multiplica por algún número redondo (100, 1000, etc.).
- Tasas de incremento o evolución: es la relación entre el incremento producido en una variable entre dos momentos del tiempo, y la cifra correspondiente al momento base o inicial. Este es un tipo de relación muy particular, que puede ser asociada a los índices cronológicos (p.97)

Algunas características de tasas se describen en la tabla 23.

**Tabla 23.**

*Tipos de Tasa y sus características.*

Tasa	Características
Tasa de incidencia:	La tasa o densidad de incidencia, es un indicador epidemiológico que expresa la aceleración o velocidad de cambio con que ocurre determinado evento de salud en el tiempo y solamente tiene aplicación como estimador de incidencia (tasa de incidencia y tasa de ataque)
Tasa de ataque	<p>Es la tasa de incidencia que se registra en el curso de un brote de una determinada patología, relacionando el número de casos con la población expuesta al riesgo.</p> <p style="text-align: center;">La tasa de ataque se calcula de la siguiente forma:</p> $\text{Tasa de ataque} = \frac{\text{Total de casos de un brote localizado}}{\text{Población expuesta al riesgo}} \times 100$
Tasa de ataque secundario	<p>Este indicador epidemiológico. Se usa cuando interesa medir la morbilidad entre las personas que conviven con los enfermos por una determinada causa, relacionando el número de casos aparecidos entre los convivientes y el número de convivientes, a quienes se denomina contactos y se expresa en porcentaje (proporción con base 100). Ej. la tasa de ataque secundario en un brote de varicela.</p> <p style="text-align: center;">La tasa de ataque secundario se calcula de la siguiente forma:</p> $\text{Tasa de ataque secundario} = \frac{\text{Total de casos entre los contactos}}{\text{Población expuesta al riesgo (contactos)}} \times 100$

**Nota.** Información obtenida de Conceptos e indicadores básicos de la epidemiología aplicados a la inspección, vigilancia y control sanitario de alimentos, bebidas y productos farmacéuticos. De (Suescún, 2020) en revista Redemc.

**Sistema de vigilancia epidemiológica**

**La vigilancia epidemiológica**

Es el conjunto de procesos y actividades definidos, regulados y organizados por un país con el objeto de obtener información oportuna y de calidad acerca del estado de salud de la población para la toma de decisiones en Salud Pública (García, Linares, Lutzow, & Valdés, 2020).



Las preguntas que la epidemiología intenta responder desde o a través de ella se refieren a la importancia de los problemas de salud y a la posibilidad de modificarlos (Rizo-Beaza, Velandia, Noreña, & Cortes, 2018). Para ello, se apoyan en otras ciencias interdisciplinarias desde conceptualizaciones generadas desde los mismos ámbitos donde ocurre las incidencias de enfermedades.

Cada nación cuenta con un sistema de vigilancia que es único, definido idealmente por sus expertos, enfocado a los perfiles epidemiológicos y riesgos a la salud prioritarios para su población y operado de acuerdo con la capacidad financiera y logística disponible.

En este sentido, es importante aclarar que existen lineamientos internacionales, oficiales y académicos que norman el funcionamiento de estos sistemas. Algunos lineamientos han sido emitidos por organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Centro para el Control de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos y CDC de la Comunidad Europea; asimismo, hay otros emitidos por expertos en vigilancia epidemiológica y Salud Pública de cada país o que trabajan en forma independiente.

En la tabla 24 se reflejan los componentes de un sistema de vigilancia epidemiológica.

**Tabla 24.**

*Principales componentes de un sistema de vigilancia epidemiológica.*

Elemento	Características generales
Marco legal y regulatorio	Conjunto de leyes, normas y reglamentos que dan soporte político y económico al sistema de vigilancia epidemiológica a los cuerpos colegiados en los diferentes niveles de organización del sistema de salud que revisan y actualizan el marco legal y la operación de la vigilancia.
Sistema de información	Se refiere a los procesos de recolección y procesamiento de la información. Consiste en recoger la información de manera sistemática y convertir los datos en indicadores de salud, apoyados en mecanismos de comunicación y automatización de la información para que esté disponible en tiempo y forma para la toma de decisiones. En este elemento es crítico tener definiciones operacionales estandarizadas y comparables al menos a nivel nacional. El sistema de vigilancia epidemiológica debe contar con un sistema de información general y tener los sistemas de información necesarios y especiales en correspondencia con la vigilancia de enfermedades de las cuales se requiera información a profundidad (véase ejemplo 1, en texto)
Análisis de datos y toma de decisiones	Estrechamente ligado y dependiente al anterior, este elemento debe estar presente en todos los niveles de organización del sistema de salud, y en éste se deben identificar grupos vulnerables, tendencias, diferencias geográficas, económicas o sociales, así como áreas de intervención que permitan tomar acciones oportunas para la prevención o el control de los riesgos y daños a la salud. Incluye el establecimiento de hipótesis sobre los problemas de salud que requieran una investigación epidemiológica (véase ejemplo 2, en el texto)
Supervisión y evaluación	Los procesos deben ser supervisados y evaluados de manera aleatoria en sus diferentes niveles para asegurar el cumplimiento de los objetivos del sistema
Capacitación e incentivos	Es fundamental que todo el personal que interviene en la notificación de casos, recolección de información, tabulación, análisis y toma de decisiones se encuentre capacitado en cada uno de los procesos, la forma de operar, manejo de formatos, aplicación de criterios establecidos en el sistema, etc. Todos los involucrados deben conocer el papel que juegan en el sistema.
Coordinación	El sistema es operado por la autoridades sanitarias y de Epidemiología en cada uno de los niveles operativos (local, estatal y nacional); el principal reto en este elemento es la articulación entendida como la comunicación, coordinación y colaboración efectiva entre los actores de los diferentes niveles que permiten la adecuada toma de decisiones de acuerdo con el nivel de responsabilidad de cada área.

**Nota.** Tomado de Vigilancia epidemiológica de (García, Linares, Lutzow, & Valdés, 2020) en revista científica Access Medicina (p.3).

Así mismo, García, Linares, Lutzow, & Valdés (2020), señalan que, los objetivos de un sistema de vigilancia epidemiológica son:

- Identificar de manera oportuna situaciones de riesgo que afecten la salud de la población.
- Mantener actualizado el conocimiento del comportamiento y tendencias de las enfermedades en un área geográfica determinada.
- Identificar grupos vulnerables, grupos de riesgo, así como los factores de riesgo en esa población.

- Participar activamente en el proceso de selección y evaluación de las intervenciones a realizar para la prevención o control de riesgos o daños a la salud.

La vigilancia es una de las principales funciones de la epidemiología y desempeña un papel clave en la salud pública. Debe ser organizado y gestionado por funcionarios capacitados y conocidos por su trabajo ético.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los indicadores Básicos de salud son una noción de la vigilancia en salud pública que define una medida de la salud (ocurrencia de una enfermedad o de otro evento relacionado con la salud) o de un factor asociado con la salud (el estado de salud u otro factor de riesgo) en una población específica (Monroy, Pietro, Ramirez, Rivera, & Ortega, 2019, p.230).

### **Tipos de vigilancia epidemiológica**

Para Gómez & Ospina (2018), tradicionalmente existen dos tipos de vigilancia epidemiológica:

1. **Pasiva.** Es la que se genera cuando el médico registra los padecimientos de las personas que asisten a los servicios médicos (centros de salud, clínicas y hospitales).
2. **Activa.** La que se obtiene en el lugar donde se produce la información a través de encuestas, estudios de brote, tamizaje, entre otros.

En la actualidad, según García, Nivaldo, Lutzow, & Valdés (2020), a estos dos tipos se suman los siguientes:

3. **Sistemas especiales de vigilancia epidemiológica.** Básicamente están diseñados para el seguimiento nominal y exhaustivo de algunas enfermedades con especial interés epidemiológico por su magnitud, trascendencia, factibilidad y vulnerabilidad (p. ej., VIH/SIDA y diabetes).
4. **Vigilancia centinela.** Se realiza en determinados grupos seleccionados para obtener información confiable y de mayor complejidad. Las unidades centinelas pueden ser hospitales, centros de salud, escuelas, centros de trabajo etc.
5. **Vigilancia sindromática.** Es la aplicación de un algoritmo que incluye aspectos clínicos, de laboratorio y epidemiológicos sobre enfermedades emergentes y reemergentes, agrupadas en uno o más síndromes.

6. **Vigilancia de trazadores y predictores de riesgo.** Con el desarrollo actual del conocimiento de las enfermedades y de sus mecanismos de transmisión, se ha logrado incorporar a la vigilancia epidemiológica el seguimiento sistemático de otras variables que funcionan como predictores del riesgo (p. 5)

Además, García, Linares, Lutzow, & Valdés (2020) señalan En la tabla 28 se listan las actividades de los sistemas de vigilancia epidemiológica.

**Tabla 25.**

*Actividades del sistema de vigilancia.*

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detección de casos, brotes y epidemias de interés</li> <li>• Registro sistemático de datos</li> <li>• Confirmación de casos y riesgos apoyada por estudios de laboratorio e investigación epidemiológica</li> <li>• Comunicación oportuna de casos (sospechosos o confirmados) o riesgos identificados hacia los diferentes niveles de operación del sistema</li> <li>• Análisis e interpretación periódica de datos, por ejemplo, actualización e interpretación cotidiana de canales endémicos, mapeo de casos, comparación de tasas de incidencia y prevalencia con enfoque de riesgo</li> <li>• Mecanismos de respuesta establecidos ante la presencia de casos. Aplicación de manuales o guías de operación que incluya las intervenciones de prevención y control plausibles y conocidos para la enfermedad o riesgo a la salud identificando, por ejemplo: vacunación, educación para la salud, tratamientos profilácticos, cloración, etcétera.</li> <li>• Difusión de la información y retroalimentación hacia las instituciones y actores involucrados, cumpliendo las normas de transparencia y confidencialidad aplicables al país en cuestión. Ahora los boletines difundidos por vía digital e internet son un método muy común</li> </ul>
---

**Nota.** Tomado de Vigilancia epidemiológica de (García, Linares, Lutzow, & Valdés, 2020) en revista científica Access Medicina.

Así como también los atributos que debería tener cada sistema de vigilancia epidemiológica se plasman en la tabla 26.

**Tabla 26.***Atributos de un sistema de vigilancia epidemiológica.*

- Simplicidad en estructura y funcionamiento
- Flexibilidad, esto es, que el sistema tenga capacidad de adaptarse a las demandas cambiantes de información en calidad y cantidad, en especial ante brotes y epidemias
- Congruencia con las necesidades reales de información y las prioridades establecidas en las políticas de salud
- Calidad de los datos y, por tanto, de la información
- Aceptabilidad, participación activa de las personas e instituciones involucradas
- Sensibilidad, capacidad de detectar casos, brotes y epidemias
- Representatividad acerca de la población de la que proviene, tomando en cuenta que operativamente se trabaja con fracciones de la población
- Oportunidad, desde el registro, recolección, análisis y difusión de la información para la toma de decisiones
- Consistencia, en función del tiempo y de los participantes
- Comparabilidad a través del tiempo y a nivel nacional, si es posible intencional

**Nota.** Tomado de Vigilancia epidemiológica de (García, Linares, Lutzow, & Valdés, 2020) en revista científica Access Medicina.

El trabajo coordinado y organizado del equipo de salud es indispensable para el óptimo funcionamiento del sistema. La retroalimentación al personal involucrado implica un mayor grado de compromiso y participación.

**Investigación de brotes, contactos y cero epidemiológico****Brote (epidémico)**

Es un número de casos de una enfermedad que es mayor de lo esperado, pero que usualmente están referidos a una población limitada, un periodo de tiempo corto y un área geográfica reducida, teniendo generalmente una fuente de infección común. Ej. los brotes de enfermedades transmitidas por alimentos (ETA) (Suescún, 2020)

En los glosarios epidemiológicos brote se define como: el episodio en el cual dos o más casos de la misma enfermedad tienen alguna relación entre sí, teniendo en cuenta el momento de inicio de los síntomas, el lugar donde ocurrieron o por las características de las personas enfermas (Peláez & Más, 2020, p.6). En otras palabras, es la ocurrencia de dos o más casos similares, los cuales están epidemiológicamente relacionados.

### **Evento**

El término “evento” (del latín *eventus*) se define como acaecimiento o eventualidad de un hecho imprevisto, o que puede ocurrir, es el registro en el tiempo y el espacio de un fenómeno.

También se le denomina como evento a la entidad clínica, factor, característica, o entidad determinada que conduce a un cambio en una condición de salud, enfermedad o característica de los individuos estudiados (Peláez & Más, 2020).

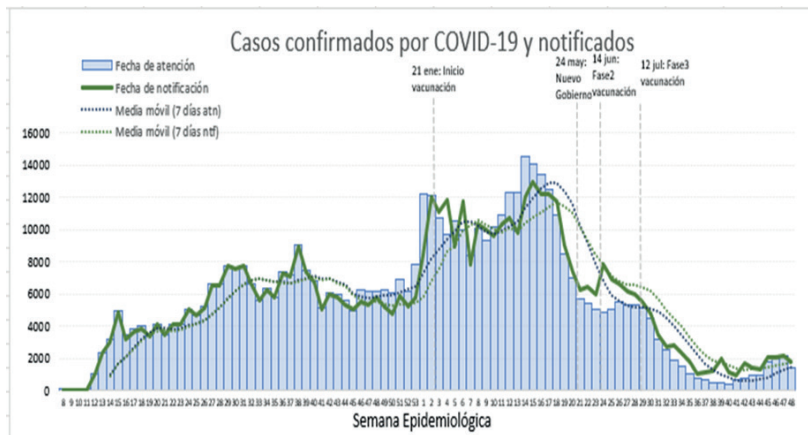
### **La Epidemia**

Es el importante aumento de una enfermedad -generalmente infecciosa-, no habitual en un territorio o grupo de población, que se produce de forma inesperada y que afecta a un número de personas muy por encima del que cabría esperar en circunstancias normales (OMS, 2020). Entonces, Pandemia. Se llama pandemia a la propagación mundial de una nueva enfermedad.

De la historia sanitaria reciente, para el caso de Ecuador, se puede mencionar el COVID 19, desde la notificación del primer caso en el país, el 29 de febrero de 2020 hasta el 20 de diciembre de 2021, se han informado 537.220 casos acumulados confirmados de enfermos por COVID-19, incluyendo 33.614 defunciones. Sin embargo, desde la semana epidemiológica (SE) 41 del 2021 se observa un cambio de tendencia hacia el alza, registrando en la semana epidemiológica 49 del 2021 alrededor de 2900 casos. Observable en la figura 17.

**Figura 17.**

*Casos confirmados de COVID 19 en Ecuador 2020-2021.*



**Nota.** Tomado de lineamiento de vigilancia integrada para covid-19 y otros virus respiratorios de (Acosta, y otros, 2022)

**Bioestadística: medidas de tendencia central y dispersión**

Las estadísticas relacionadas con las ciencias de la vida se denominan bioestadísticas y en los últimos años han jugado un papel importante en el desarrollo de las ciencias de la salud. Por tanto, es importante utilizar métodos estadísticos para avanzar en la investigación.

Las medidas de tendencia central tienen como objetivo describir, mediante un valor numérico, la localización de las observaciones. Son valores que representan, la posición donde se concentran los datos observados.

La comparación de estas medidas, calculadas para una misma variable, entre diferentes conjuntos. Es el importante aumento de una enfermedad -generalmente infecciosa-, no habitual en un territorio o grupo de población, que se produce de forma inesperada y que afecta a un número de personas muy por encima del que cabría esperar en circunstancias normales (OMS, 2020). Entonces, Pandemia. Se llama pandemia a la propagación mundial de una nueva enfermedad.

La comparación de estas medidas, calculadas para una misma variable, entre diferentes conjuntos de datos puede indicarnos las diferencias en la posición de los valores entre los conjuntos considerados.

Según (Tobar, San Lucas, Reyes, & Ramírez, 2023) Las medidas más usuales:

- **Media:** es la medida de tendencia central más utilizada, dada una variable genérica  $X$ , y un conjunto de  $n$  observaciones de esta variable  $\{x_1, x_2, x_3, \dots\}$ , la media es la suma de todas las observaciones dividida por su número de observaciones o elementos.
- **Mediana:** es aquel valor tal que la cantidad de datos inferiores a él es igual a la cantidad de datos superiores. Es una medida que busca el centro de la estructura de los datos bajo la idea de distribuir las observaciones en dos conjuntos de igual número, se conoce como el percentil 50.
- **Moda:** es aquel valor que se presenta con mayor frecuencia. Para variable cuantitativa continua, su mayor variabilidad puede hacer que la inspección de los valores individuales nos lleve a que éstos se repitan con escasa frecuencia, resulta conveniente agrupar la variable en una distribución por intervalos (p.682)

### Medidas de dispersión

Se denominan como aquellas que pretenden captar y resumir la mayor o menor variabilidad, la mayor o menor concentración, homogeneidad o parecido entre las observaciones de la variable. Se presenta a continuación las medidas de dispersión más frecuentes.

Como en las medidas de tendencia central, se partirá de una variable genérica,  $X$ , y de un conjunto de  $n$  observaciones  $(x_1, x_2, x_3, x_4, \dots, x_n)$ .

- **Rango o recorrido:** se define como la diferencia entre el mayor y el menor valor de la variable, se calcula:

$$\text{Rango} = R = x_{\max} - x_{\min}$$

El rango es una medida de cálculo sencillo y rápido, puesto que depende sólo del mayor y menor valor de la variable. Sin embargo, es escasamente informativa de lo que sucede con el resto de observaciones, afectándose por la existencia de observaciones extremas.

Para Tobar, San Lucas, Reyes, & Ramírez (2023), debido a que la varianza es muy compleja de interpretar, es conveniente utilizar una medida de dispersión más comprensible como lo es la desviación estándar.



- **Desviación estándar:** es la distancia a lo largo de un eje horizontal entre el promedio y el punto donde la curva pasa de convexa a cóncava, brinda información del porcentaje del área bajo la curva que se logra tener, es decir, el porcentaje de los valores de que se encuentran bajo la curva de distribución normal.
- **Coefficiente de variación:** la varianza y desviación típica representan medidas absolutas de la dispersión de un conjunto de observaciones de una variable. Su interpretación depende de la unidad de medida de la variable, así como de su localización.

Sucede pues que, al evaluar la utilidad de las estadísticas en una sociedad informada, la confiabilidad de las fuentes de datos es una cuestión clave. El desarrollo social no puede evaluarse sin parámetros que sirvan como estándares comunes para la sociedad. Sólo indicadores bien contruidos, universales y socialmente significativos pueden mostrar y medir el impacto de las acciones individuales e individuales en cada sociedad en la creación y transformación de la sociedad misma.

---

## Conclusiones

La calidad de bienestar de la población mejorará significativamente si se desarrolla una estrategia de salud que tenga en cuenta las diferencias sociales, es decir, una manera de abordar los determinantes de la salud mediante un enfoque multidisciplinario de los factores biológicos, sociales y ambientales.

Los gobiernos deben garantizar acciones efectivas enfocados en la promoción de la salud e invertir en dichos programas sanitarios, ya que claramente constituye una garantía para contribuir en el mejoramiento de la salud de la población.

Así mismo, generar procesos educativos que permitan a las personas conocer, identificar y asumir su papel corresponsable en el autocuidado de la salud, representan un pilar fundamental para la práctica de la realización de hábitos y comportamientos saludables, esto significa obtener resultados positivos, si los procesos educativos generan corresponsabilidad.

La posición de una persona en la sociedad está determinada por varios factores que la afectan, incluidos los sistemas económicos, políticos y culturales. Las desigualdades en salud se producen cuando estos sistemas distribuyen sistemáticamente poder, autoridad y recursos entre los diferentes grupos que componen la sociedad, con consecuencias nefastas.

La educación para la salud, así como, la promoción y prevención es una oportunidad para lograr conocer, plantear y organizar un sistema sanitario más accesible para la población, con nuevas técnicas, por ejemplo, novedosas estrategias para el abordaje en comunidades con poca accesibilidad; Otro elemento positivo en cuanto al desarrollo de planes educativos y de promoción en salud es, desarrollar habilidades personales para la gestión de la salud personal y comunitaria.

Es importante destacar que, la vigilancia es una de las funciones clave de la epidemiología y desempeña un papel importante en la salud pública. Debe ser organizado y administrado por funcionarios capacitados que sean conocidos por sus estándares éticos.

# SALUD PÚBLICA

## EN ENFERMERÍA

# *Bibliografía*



- Acosta, P., Escobar, M., Castillo, X., Flores, H., Lovato, R., Granda, J., . . . Narváez, A. (2022). *lineamiento de vigilancia integrada para covid-19 y otros virus respiratorios*. Quito: Ministerio de Salud Pública. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/01/Lineamiento-vigilancia-COVI-19-Enero-2022-.pdf>
- Alba, L., Gil, H., Pérez, J., & Sosa, Y. (2022). La enseñanza del método clínico ¿exclusivo solo en Medicina? *Edumecentro*, *12*(4), 242-247. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/edumecentro/ed-2020/ed204p.pdf>
- Almeida, G., Artaza, O., Donoso, D., & Fábrega, R. (2018). La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de la Declaración de Alma-Ata. *Rev Panam Salud Publica.*, *8*(42), e104. doi:<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.104>
- Amador, R. (2019). La importancia del método clínico en neonatología. *Revista Cubana de Pediatría*, *91*(4), e796. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v91n4/1561-3119-ped-91-04-e796.pdf>
- Astudillo, I., Vizcaino, H., Bedoya, M., DElgado, D., Calderon, E., & Saltos, P. (2019). Importancia de la atención integral con enfoque en salud familiar. *Dominio de las ciencias*, *5*(2), 275-292. doi:<http://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/902>
- Benavides, C. (2021). *obrepeso y obesidad: abordaje integral del médico familiar en primer nivel de atención de salud. Revisión narrativa*. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/19151>
- Calventus, J., & Bruna, B. (2018). *Límite*. *Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*, *13*(43), 67-79. Obtenido de <https://www.scielo.cl/pdf/limite/v13n43/0718-1361-limite-13-43-67.pdf>
- Carballo, L. (2022). Accesibilidad a los servicios de salud como un componente de la calidad de la atención. *Acta Médica Costarricense*, *64*(2), 1-3. doi:<https://doi.org/10.51481/amc.v64i2.1284>
- Cárdenas, E., Juárez, C., Moscoso, R., & Vivas, J. (2017). Determinantes sociales en salud. *Gerencia para el desarrollo*. doi:<https://repositorio.esan.edu.pe/handle/20.500.12640/1215>
- Carmona, A., Jiménez, P., Valenti, V., & Salazar, R. (2020). El método científico aplicado. *Actitud y formación, binomio para tener éxito en la universidad y en la empresa*. Obtenido de <https://diposit.ub.edu/dspace/bits->

tream/2445/181107/1/libro\_actitudyformacion\_2020.pdf#page=88

- Chang, C. (2017). Evolución del sistema de salud de Ecuador. Buenas prácticas y desafíos en su construcción en la última década 2005-2014. *An Fac*, 78(4), 452-460. Obtenido de DOI: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i4.14270>
- Coque, S. (2017). *Diagnóstico situacional con enfoque epidemiológico del centro integral de salud del Hospital General Ambato*. FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS. Ambato- Ecuador: Universidad Regional Autónoma De Los Andes. doi:<http://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/6905>
- Darias, C. (2022). *Estrategia de salud pública 2022*. Madrid: Ministerio de salud. Obtenido de [https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/pdf/Estrategia\\_de\\_Salud\\_Publica\\_2022\\_\\_\\_Pendiente\\_de\\_NIPO.pdf](https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/pdf/Estrategia_de_Salud_Publica_2022___Pendiente_de_NIPO.pdf)
- De la Guardia, M., & Ruvalcaba, J. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(1). doi:<https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3215>
- Del Barco, A., & Ortega, M. (2020). Epidemiología y salud pública en la epidemia de la Covid 19. *Medicine*, 13(23), 1297-1304. doi:<https://doi.org/10.1016/j.med.2020.12.011>
- Del Carmen, J. (2019). Inequidades y estrategias para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36(2), 288-295. doi:<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4449>
- Delgado, D., Villacreces, E., Solorzano, S., & Delgado, D. (2021). Vigilancia epidemiológica y actividades de atención primaria de salud (APS) del Ecuador. *Recimundo*, 286-297. doi:10.26820/recimundo/5.(1).enero.2021.286-297
- Dois, A., & Bravo, P. (2019). Buen trato en Centros de Atención Primaria chilena, ¿privilegio o derecho humano? *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 35(4), e813. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v35n4/1561-3038-mgi-35-04-e813.pdf>
- Estrada, S., Arancibia, M., Stojanova, J., & Papuzinski, C. (2020). Conceptos generales en bioestadística y epidemiología clínica: estudios experimentales con diseño de ensayo clínico aleatorizado. *Medwave*, 20(2). Obtenido de doi: 10.5867/medwave.2020.02.7869
- Franco, Á. (2020). Configuraciones, modelos de salud y enfoques basados en

- la Atención Primaria en Latinoamérica, siglo XXI. Una revisión narrativa. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 19. doi:<https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps19.cmse>
- Gafas, C., Roquem, Y., & Bonilla, G. (2019). Modelo de atención integral de salud vs. calidad asistencial en el primer nivel, Riobamba 2014-2017. *Educación Médica*, 6(1), 136-142. doi:<https://doi.org/10.1016/j.edu-med.2017.10.023>
- Gallego, A. (2018). El derecho a la salud en la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos y de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Araucarina*(40), 631-653. doi:doi: 10.12795/araucaria.2018.i40.26
- Gamboa, M. (2022). Escalas de medición estadística. *Didasc@lia: didáctica y educación*, 13(1). Obtenido de <https://revistas.ult.edu.cu/index.php/didascalía/article/view/1327>
- García, G., Linares, N., Lutzow, M., & Valdés, J. (2020). Vigilancia epidemiológica. *Access medicina*. Obtenido de <https://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2022/02/Vigilancia-epidemiologica.pdf>
- García, G., Nivaldo, L., Lutzow, M., & Valdes, J. (2020). Vigilancia Epidemiologica. *Access Medicina*. Obtenido de [https://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2022/02/Capitulo-14\\_-Vigilancia-epidemiologica.pdf](https://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2022/02/Capitulo-14_-Vigilancia-epidemiologica.pdf)
- García, L., Rincón, E., León, V., & García, M. (2021). Las enfermedades emergentes y reemergentes del siglo XXI. *SANUM*, 5(1), 48-61. Obtenido de [https://revistacientificasanum.com/pdf/sanum\\_v5\\_n1\\_a7.pdf](https://revistacientificasanum.com/pdf/sanum_v5_n1_a7.pdf)
- Gomez, J., & Ospina, L. (2018). *Formulación del programa de vigilancia epidemiológica para las líneas de producción de esmaltes y compactos de la empresa laboratorios cosméticos VOGUE S.A.S. localizada en Soacha, Cundinamarca*. Bogotá: Universidad Distrital Francisco Jose de Caldas. doi:<http://hdl.handle.net/11349/14607>
- Gómez, K. (2022). *Análisis del modelo de gestión de información de los formularios del manual de seguridad del paciente, aplicado al Hospital del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante. Guayaquil 2022*. Guayaquil: Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/20878/Tesis%20KGM%20nov%202022.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Gomez, R. (2018). ¿Qué se ha entendido por salud y enfermedad? *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 36(1), 64-102. doi:<https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.335873>
- Gómez, S., Guarín, I., Uribe, S., & Vergel, L. (2020). Prevención de los peligros y promoción de entornos saludables en el teletrabajo desde la perspectiva de la salud pública. *Aibi revista de investigación, administración e ingeniería*, 8(1), 44-52. doi:<https://doi.org/10.15649/2346030X.802>
- Gualotuña, M. (2022). *El uso de Geo-Herramientas epidemiológica como apoyo al Ministerio de Salud Pública en el marco de la pandemia de coronavirus COVID-19*. Departamento de Ciencias de la Tierra y de la Construcción. Sangolquí: Universidad de las Fuerzas Armadas. Obtenido de <https://repositorio.espe.edu.ec/bitstream/21000/29192/1/T-ES-PE-052191.pdf>
- Guaman, A., & Pamela, G. (2023). Hospitalización prevenible en enfermedades crónico degenerativas: hipertensión arterial y diabetes. *Salud, Ciencia y Tecnología*. Obtenido de <https://revista.saludcyt.ar/ojs/index.php/sct/article/view/487/885>
- Inca, G. (2023). Evolución del sistema de salud desde 1979 hasta 2022 en Ecuador. *Revista científica digital: La Ciencia al Servicio de la Salud y la Nutrición*, 14(1). Obtenido de <http://revistas.espoch.edu.ec/index.php/cssn/article/view/787/780>
- Karam, M., Castillo, Y., Moreno, P., & Ramírez, N. (2019). ¿Qué son los determinantes sociales de la salud? *Revista de medicina e investigación*, 7(1). Obtenido de <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/105506/Qu%c3%a9%20son%20los%20determinantes%20Sociales%20de%20la%20Salud.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Lampert, M. (2019). *Sistemas Nacionales de Salud: Ecuador*. Santiago de Chile: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Obtenido de [https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/28082/1/BCN\\_Sistemas\\_de\\_salud\\_Ecuador\\_FINAL.pdf](https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/28082/1/BCN_Sistemas_de_salud_Ecuador_FINAL.pdf)
- Larco, J. (2023). *Los modelos de atención en el marco de las políticas públicas de salud del Ecuador, un abordaje histórico de 1967 al 2022*. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/21496>
- Lima, M. (2017). Desigualdades en Salud: una perspectiva global. *iên-cia & Saúde Coletiva*, 22(7), 2097-2108. doi:DOI: 10.1590/1413-

81232017227.02742017

- Llerena, M., & Sandoya, F. (2023). *El modelo de atención y la relación con la atención prenatal en el primer nivel de atención del distrito 12d03*. Ambato : Universidad Regional Autónoma de los Andes. Obtenido de <https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/17083/1/USD-MSS-PDI-001-2023.pdf>
- López, A., Benítez, X., León, M., Maji, P., Domínguez, R., & Baéz, D. (2019). La observación. Primer eslabón del método clínico. *Revista Cubana de Reumatología*, 21(2). Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/rcur/v21n2/1817-5996-rcur-21-02-e94.pdf>
- Lopez, R. (Septiembre- Diciembre de 2018). El análisis de situación de salud poblacional en América Latina y el Caribe, entre 2000 y 2017. Reflexiones y desafíos. *Revista Facultad Nacional de Salud Publica*, 36(3), 18-30. doi:<https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v36n3a03>
- Maldonado, C., Vivas, L., Gómez, L., Galvis, S., Bonilla, J., & Aristizabal, C. (2019). *Salud pública y complejidad: Historia, conceptos y ejes* (Vol. 1). Bogotá, Colombia: Universidad del Bosque. Obtenido de <https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/3576/9789587391534.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
- Marambio, C. (2023). Salud familiar y salud bucodentaria. *Applied Sciences in Dentistry*, 4, 22-29. doi:DOI:10.22370/asd.2023.4.2.3798
- Molina, A. (2019). Funcionamiento y gobernanza del Sistema Nacional de Salud del Ecuador. *Íconos, revista de ciencias sociales* (63), 185-205. doi:DOI: <http://dx.doi.org/10.17141/iconos.63.2019.3070>
- Montesinos, C., & Simancas, D. (2019). Reflexiones sobre bioética y la atención primaria de la salud en el Ecuador. *Prácticas familiar rural*, 4(3). Obtenido de Disponible en: <https://www.practicafamiliarrural.org/index.php/pfr/article/view/123>
- Naciones Unidas, C. (2018). *La agenda 2030 y los objetivos de desarrollo sostenible : una oportunidad para América Latina y el Caribe*. Santiago: Cepal. Obtenido de <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/cb30a4de-7d87-4e79-8e7a-ad5279038718/content>
- Nieves, C., Perez, M., Heras, J., Guitierrez, G., Diaz, J., & Ruiz, J. (octubre de 2018). Encuentros y desencuentros entre salud comunitaria y sistema sanitario español. Informe SEESPAS 2018. *Gaceta Sanitaria*, 17-21. doi:h-



<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.06.004>

- Nogueira, J., Goncalves, D., & Akerman, M. (2021). Políticas públicas adoptadas en la pandemia de la COVID-19 en tres países de América Latina: contribuciones de la Promoción de la Salud para no volver al mundo que existía. *Global Health Promotion*, 28(1), 117-126. Obtenido de <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1757975920977837>
- OMS. (2020). *Informe del grupo de analisis científico de coronavirus del ISCIII (GACC-ISCIII)*. Ministerio de Ciencia e Innovacion.
- Ordinola, C. (2022). *Cuidado de enfermería en la promoción de la salud y estilo de vida del adulto del centro poblado La Huaca Paíta Piura, 2022*. Escuela profesional de enfermería . Piura- Peru : Universidad Católica Los Angeles Chimbote. Obtenido de <https://hdl.handle.net/20.500.13032/29924>
- Oyola, A. (2021). La variable. *Revista del Cuerpo Médico del HNAAA*, 14(1). Obtenido de <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.141.905>
- Paez, M. (2020). La salud desde la perspectiva de la resiliencia. *Arch Med*, 20(1), 203-216. doi:DOI: <https://doi.org/10.30554/arch-med.20.1.3600.2020>
- Peláez, O., & Más, P. (2020). Brotes, epidemias, eventos y otros términos epidemiológicos de uso cotidiano. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46(2). Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v46n2/1561-3127-rcsp-46-02-e2358.pdf>
- Pilca, R. (2023). *Módulo web para creación y aplicación de casos del tarifario de prestaciones para el sistema nacional de salud en el Hospital General San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra*. Ibarra: Pontificia Universidad Católica del Ecuador Ibarra. Obtenido de Pontificia Universidad Católica del Ecuador Ibarra
- Pincay, V., Vélez, M., Jaime, N., & Vélez, M. (2020). Importancia de la atención primaria de la salud en la comunidad. *RECIAMUC*, 367-374. Obtenido de <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/535>
- Pineda, O., Moran, S., & Riaño, A. (2019). *Contextualización general de la salud pública*. Bogotá: Universidad Nacional Abierta a Distancia "UNAD". Obtenido de <https://repository.unad.edu.co/bitstream/handle/10596/27094/oapinedad.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Pinilla, R., & Pinilla, M. (2019). La tecnología como amenaza creciente a la relación médico-paciente y al método clínico. *Revista Cubana de Cirugía*, 58(4), e798. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/cir/v58n4/1561-2945->

cir-58-04-e798.pdf

- Polo, O. (2018). Experiencia en la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad desde la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Familiar. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, **64**(3). doi:DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2100>
- Puertas, E., Sotelo, J., & Ramos, G. (2020). Liderazgo y gestión estratégica en sistemas de salud basados en atención primaria de salud. *Rev Panam Salud Publica*, **44**(124). doi:<https://doi.org/10.26633%2FRPSP.2020.124>
- Quintero, E., De la Mella, S., & Gómez, L. (Junio de 2017). La promoción de la salud y su vínculo con la prevención primaria. *Medicentro Electronica*, **21**(2). Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s1029-30432017000200003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1029-30432017000200003)
- Ravelo, R., Martin, A., Andres, M., Campos, P., Azpeitia, M., & Villarino, R. (2018). Implementacion local de la Estrategia de promocion de salud y prevencion, en el sistema nacional de salud. *Gaceta Sanitaria*, **32**, 52-58. doi:<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.06.010>
- Recalde, F. (2022). Historia de la salud pública, paradigmas de la salud pública, políticas de salud y desarrollo sanitario. En C. Ríos, *Salud pública: Introducción y generalidades* (págs. 11-41). Asuncion de Paraguay: Servilibro. Obtenido de <https://www.ins.gov.py/wp-content/uploads/2022/10/LIBRO-DE-SALUD-PUBLICA-PARAGUAY-VERSION-DIGITAL.pdf>
- Reiner, L., Cruz, B., & Orozco, C. (enero-marzo de 2019). La participación comunitaria como eje de la atención primaria de la salud. *Edumecentro*, **11**(1), 218-233. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/edu/v11n1/2077-2874-edu-11-01-218.pdf>
- Ríos, C. (2022). *Salud Pública: Introducción y Generalidades* (Vol. 1). Asuncion del Paraguay: Servilibro. Obtenido de <https://www.ins.gov.py/wp-content/uploads/2022/10/LIBRO-DE-SALUD-PUBLICA-PARAGUAY-VERSION-DIGITAL.pdf>
- Rius, C. (2019). La peste a lo largo de la historia. *Revista de enfermedades emergentes*, **18**(3), 119-127. Obtenido de [http://www.enfermedadeseemergentes.com/articulos/a726/4\\_REVISION\\_ENF-EMERG003-2019\\_cristina-rius.pdf](http://www.enfermedadeseemergentes.com/articulos/a726/4_REVISION_ENF-EMERG003-2019_cristina-rius.pdf)
- Rizo-Beaza, M., Velandia, M., Noreña, A., & Cortes, E. (2018). La epidemiología como fundamento del diseño curricular de enfermería en salud se-

xual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes. *Ciencia e Innovación en Salud*, 1-14. doi:<https://doi.org/10.17081/innosa.58>

Rodríguez, R. (diciembre de 2021). Agentes comunitarios en salud: Reflexiones sobre sus practicas y aportes en la promocion de la salud. *Revista de Salud Pública*, 16(2), 31-38. Obtenido de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/view/34306/36717>

Rodríguez, R. (diciembre de 2021). Agentes comunitarios en salud: Reflexiones sobre sus practicas y aportes en la promocion de la salud. *Revista de Salud Pública*, 16(2), 31-38. doi:<https://doi.org/10.31052/1853.1180.v26.n2.34306>

S/A. (Lunes de Octubre de 2020). *Pacto social por la vida y el Ecuador*. Obtenido de <https://esquel.org.ec/es/que-son-las-mesas-tematicas-del-pacto/sistema-nacional-de-salud.html>

SalusPlay. (1 de marzo de 2018). *salusplay*. Obtenido de <https://www.salusplay.com/blog/metodo-epidemiologia-enfermeria/>

Sánchez, Y., Deschappelles, M., & Caballero, D. (2022). El desempeño profesional del especialista en medicina física y rehabilitación desde la Educación Avanzada. *VARONA, Revista Científico-Metodológica*(75). Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/vrcm/n75/1992-8238-vrcm-75-e1805.pdf>

Sobrino, C., Hernan, M., & Cofiño, R. (octubre de 2018). ¿De qué hablamos cuando hablamos de «salud comunitaria»? Informe SESPAS 2018. *Gaceta sanitaria*, 32(1), 5-12. doi:<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.07.005>

Suarez, O., Martinez, A., Garcia, B., & Palacio, S. (2018). Claves para el exito de participacion comunitaria: dialogos sobre la participacion en el ambito local. Informe Sepas 2018. *Gaceta Sanitaria*, 32(1). doi:<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.06.003>

Suescún, O. (2020). Conceptos e indicadores básicos de la epidemiología aplicados a la inspección, vigilancia y control sanitario de alimentos, bebidas y productos farmacéuticos. *Redemec*. Obtenido de <https://redemec.net/campus/wp-content/uploads/2020/09/1.-Conceptos-e-Indicadores.pdf>

Tamayo, A. (2019). Prevención de enfermedades crónicas no transmisibles: a. *Revista Finlay*, 9(4). Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v9n4/2221-2434-rf-9-04-243.pdf>

Tobar, M., San Lucas, S., Reyes, Z., & Ramírez, A. (2023). Bioestadística como

- Herramienta aplicada por estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas en el Aprendizaje dentro del Campo de la Salud. *Reciamuc*, 6(3), 677-686. doi:[https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.\(3\).julio.2022.677-686](https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.(3).julio.2022.677-686)
- Toledo, R. (2023). *Introducción a la Atención Primaria de Salud*. Coordinación de Formación y Capacitación del Personal de Salud. Ciudad de Mexico : Instituto de salud para el bienestar . Obtenido de [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/828977/Gu\\_a\\_de\\_Estudio\\_APS.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/828977/Gu_a_de_Estudio_APS.pdf)
- Tufiño, A., & Acevedo, D. (2022). Percepción y confianza de los equipos de salud en los médicos de familia que laboran en el sistema de salud publico ecuatoriano. *Práctica Familiar Rural*, 7(1). Obtenido de <https://practicafamiliarrural.org/index.php/pfr/article/view/226>
- Valenzuela, L. (2016). La salud, desde una perspectiva integral. *Revista Universitaria de la Educación Física y el Deporte*, 9(9), 50-59. doi:<http://hdl.handle.net/20.500.12729/324>
- Valenzuela, T. (2020). Importancia de las vacunas en Salud Pública: hitos y nuevos desafíos. *Revista médica clínica Los Condes*, 31(4), 233-239. doi:<https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.03.005>
- Vargas, M. (2019). eoría y práctica de la promoción de la salud desde el ejercicio rector en salud. *Revista Centroamericana de Administración Pública*, 77, 59-65. Obtenido de <https://ojs.icap.ac.cr/index.php/RCAP/article/view/120/245>
- Vargas, M. (2019). *Generalidades de la rehabilitación y funciones de enfermería*. Centro Universitario UAEM Zumpango. Mexico: Universidad Autónoma del estado de Mexico.
- Vinces, M., & Campos, N. (2019). Determinantes sociales de la salud. Políticas Públicas. *Dominio de las Ciencias*, 5(1), 407-508. doi:<http://dx.doi.org/10.23857/dc.v5i1.1056>
- Zappino, J. (2020). *Manual de estadística bá sica para no estadísticos*. Buenos Aires: INAP. Obtenido de [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/cuinap\\_13\\_2020\\_0.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/cuinap_13_2020_0.pdf)

# SALUD PÚBLICA

## EN ENFERMERÍA



Publicado en Ecuador  
Mayo 2024

Edición realizada desde el mes de febrero del 2024 hasta mayo del año 2024, en los talleres Editoriales de MAWIL publicaciones impresas y digitales de la ciudad de Quito.

Quito – Ecuador

Tiraje 50, Ejemplares, A5, 4 colores; Offset MBO  
Tipografía: Helvetica LT Std; Bebas Neue; Times New Roman.  
Portada: Collage de figuras representadas y citadas en el libro.

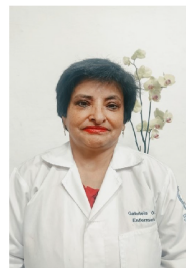
# SALUD PÚBLICA EN ENFERMERÍA



Lcda. Prissila Banesa  
Calderón Guaraca. Mgs.



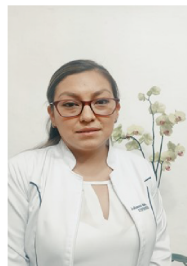
Lcda. Marcia Yolanda  
Cobos Alvarracin. Mgs.



Lcda. Nancy Gabriela  
Ortiz Dávalos. Mgs.



Dra. Fanny Cecilia  
Rodríguez Quezada. PhD.



Lcda. Johanna Melina  
Roldan Morales. Mgs.

ISBN: 978-9942-622-99-0



9 789942 622990

Usted es libre de:

**Compartir** — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato.

**Adaptar** — remezclar, transformar y construir a partir del material para cualquier propósito, incluso comercialmente.

